

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 octobre 2013

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       Mme Röthenbacher et Mme Magnin, juge suppléante  
Greffière     :       Mme    Mestre Carvalho

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Habib Tabet, avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 6 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1962, était régulièrement employé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000 en qualité de mécanicien-électricien par T.\_\_\_\_\_ SA à [...]. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

Le 7 juin 2009, il a été heurté au thorax par le bouchon métallique de la valve du mélangeur sous pression qu'il était en train de dévisser. Il a été projeté en arrière sur plusieurs mètres.

Il en est résulté une contusion thoracique, une bursite post-traumatique du coude gauche et une entorse de l'interphalangienne proximale de l'auriculaire droit. Aucun hématome n'a été constaté. L'intéressé a bénéficié d'un traitement par prise d'antalgiques ainsi que de séances de physiothérapie.

Alors que l'évolution fut rapidement favorable pour ce qui est du coude et de l'auriculaire, l'assuré a continué à se plaindre de douleurs thoraciques antérieures.

Une fracture du sternum ayant été évoquée par le médecin traitant de l'assuré, un scanner thoracique a été effectué le 28 septembre 2009. Dans son rapport y relatif, le Dr V.\_\_\_\_\_ du Centre d'Imagerie du [...] a observé que l'examen de la paroi thoracique ne montrait pas de lésion dans les tissus sous-cutanés ni dans la musculature et qu'aucun hématome n'avait été mis en évidence. Il a constaté que l'examen revu en fenêtre osseuse ne montrait pas de fracture mais que l'on relevait cependant un remaniement arthrosique des articulations sterno-costales.

L'assuré a été examiné le 13 novembre 2009 par le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. Ce dernier a observé

que l'intéressé, bien que déclarant aller mieux, se plaignait de douleurs importantes dans la région antérieure du thorax, ainsi que de difficultés à respirer profondément. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a également constaté que l'intéressé était «*manifestement tendu et anxieux*». Il a préconisé un séjour à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique P.\_\_\_\_\_), en précisant qu'il était «*clair qu'une évaluation psychiatrique s'impos[ait]*».

L'assuré a séjourné à la Clinique P.\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2009 au 19 janvier 2010. Aux termes d'un rapport de sortie du 29 janvier 2010, les médecins de cet établissement ont notamment relevé, sur le plan physique, que l'assuré présentait les suites d'une contusion thoracique antérieure et que les bilans scintigraphique osseux, biologique et cardiologique étaient dans les normes. En particulier, il était fait référence à une scintigraphie osseuse effectuée le 21 décembre 2009, qui avait révélé des bandes transversales d'hypercaptation au niveau du sternum compatibles avec une contusion osseuse ou des fractures. Ce bilan avait été complété le 22 décembre 2009 au moyen d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du sternum qui avait montré un œdème spongieux du versant supérieur et moyen du corps du sternum correspondant à l'hypercaptation décrite à la scintigraphie, sans mise en évidence de fracture, l'ensemble témoignant de la suite d'une contusion osseuse. Les spécialistes de la Clinique P.\_\_\_\_\_ ont par ailleurs observé que la dysfonction érectile également évoquée par l'assuré paraissait d'origine multifactorielle. Sous l'angle psychique, se fondant sur un compte-rendu de consilium psychiatrique du 16 décembre 2009, ils n'ont retenu aucun diagnostic mais ont signalé des croyances erronées et des anticipations anxieuses. Ils ont relevé notamment qu'au moment de l'accident, l'assuré avait pensé être mort, qu'il avait eu le sentiment qu'on lui plantait un pied de biche dans le cœur, qu'il avait cru que le couvercle métallique l'avait transpercé et que le sang allait lui sortir de la bouche. Les médecins de la Clinique P.\_\_\_\_\_ ont considéré que d'un point de vue médical, il y avait lieu de reconnaître une limitation pour les activités nécessitant un appui contre le tronc antérieur ou le port de charges lourdes au-dessus de 15-20 kg. Ils ont préconisé une reprise du travail à

30% à partir du 25 janvier 2010 dans une activité légère, pour une durée de 3 semaines et à réévaluer.

L'assuré a repris le travail à 30% dès le 25 janvier 2010 ou le 1<sup>er</sup> février 2010, selon les versions. Par la suite, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'intéressé, a attesté une incapacité de travail à 100% pour la période du 16 mars au 13 avril 2010, puis à 70% dès le 14 avril 2010.

En raison de la persistance des douleurs thoraciques ainsi que d'une dyspnée, l'assuré a été adressé par son médecin traitant au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies des voies respiratoires. Dans son rapport du 30 mars 2010, ce dernier a retenu que la fonction pulmonaire du patient était très peu altérée et que la dyspnée était essentiellement due aux douleurs thoraciques qui limitaient les mouvements respiratoires. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a proposé des injections locales de Carbostésine susceptibles d'améliorer la situation respiratoire et de permettre la reprise d'une activité professionnelle normale.

Le 10 mai 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

A teneur d'un rapport du 11 juin 2010 destiné à l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a insisté sur le fait que la douleur de l'assuré était d'ordre psychique et que très certainement ce patient présentait une dépendance totale au Tramal. De l'avis de ce médecin, un traitement devait dès lors être mis en œuvre de façon très ciblée par des spécialistes. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a également souligné que l'intéressé consultait «*à tout va, dans toutes les directions*» et qu'une infiltration-test allait avoir lieu prochainement.

Aux termes d'un rapport du 25 juin 2010, le Prof. B.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a indiqué que l'assuré avait été vu en

consultation pour la première fois le 21 avril 2010 et a par ailleurs exposé ce qui suit :

"Sur le plan radiologique, aucune fracture n'a pu être mise en évidence. Une scintigraphie du mois de décembre 2009 démontre une activité dans des bandes parallèles au niveau du sternum, éventuellement compatibles avec un CRPS dû à des lésions contusionnelles des nerfs intercostaux.

Cette hypothèse est compatible avec le status neurologique qui démontre une diminution de la sensibilité qui couvre 3 segments de la région mi-thoracique et est légèrement plus étendue à gauche, qui constitue aussi le côté où le patient ressent le plus fort ses douleurs. La sensibilité au chaud, au froid et au pinprick est diminuée, mais la sensibilité au pinceau est plus difficile à déterminer. Cette qualité est affectée dans un territoire qui est légèrement plus étendu que pour les 3 autres qualités testées. Globalement, l'examen neurologique parle en faveur d'une lésion touchant les fibres fines touchant les nerfs intercostaux 4-6 des deux côtés.

La présence d'une lésion neuropathique sur contusion explique certainement la persistance de ses douleurs et surtout la présence d'un œdème intra-osseux dans le segment correspondant au niveau du sternum.

La présence d'une neuropathie a été objectivée, en plus de l'examen neurologique et des signes pathologiques sur la scintigraphie, par une perfusion intraveineuse de Lidocaïne. Ce test est hautement spécifique dans le cadre de douleurs neuropathiques. Lors de la perfusion intraveineuse de cette substance, nous avons pu constater une disparition complète de ses douleurs, ce qui valide l'hypothèse d'une lésion nerveuse.

Nous sommes maintenant une année après l'accident, avec une probabilité de récupération spontanée faible. Une décision pour une thérapie s'impose. La seule méthode susceptible d'être efficace dans ce contexte est une stimulation médullaire.

Un test avec mise en place d'une électrode dans le canal par une stimulation des structures nerveuses postérieures est prévu pour le mois d'août. [...]"

A partir du 13 août 2010, les médecins de l'assuré ont attesté une entière incapacité de travail.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est entretenu le 17 août 2010 avec l'intéressé. A cette occasion, ce dernier a indiqué que la perfusion intraveineuse de Lidocaïne pratiquée par le Prof. B.\_\_\_\_\_ l'avait totalement libéré de ses douleurs pour un temps très court et que ce

médecin venait de lui monter une électrode dans le canal médullaire en vue d'une stimulation. Nanti de ces informations, le Dr W.\_\_\_\_\_ a adressé un courrier au Prof. B.\_\_\_\_\_ toujours le 17 août 2010, s'étonnant de ce que la CNA n'ait pas été formellement consultée au sujet du traitement susdit et mettant en doute le fait que l'assuré soit un candidat à une mesure aussi invasive.

Dans sa réponse du 25 août 2010 au Dr W.\_\_\_\_\_, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré présentait des signes indiscutables compatibles avec un CRPS (complex regional pain syndrome, ou syndrome douloureux régional complexe [SDRC]) - complication quasiment toujours due à une neuropathie - mais que ce diagnostic avait échappé aux médecins de la CNA. Il a précisé avoir procédé à l'implantation-test d'une sonde de stimulation médullaire dans la région dorsale haute et a affirmé que ce moyen thérapeutique fonctionnait parfaitement, que l'intéressé était totalement libéré de ses douleurs lorsqu'il avait recours à la stimulation et qu'il avait ainsi pu arrêter totalement ses analgésiques.

Aux termes d'un courrier du 27 août 2010 adressé à la CNA, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'implantation définitive d'un stimulateur de type Restore était prévue pour le 3 septembre 2010.

Par rapport intermédiaire du 6 octobre 2010, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lésion post-traumatique des nerfs intercostaux avec neuropathie chronique et CRPS. Il a confirmé qu'en date du 3 septembre 2010, l'assuré s'était vu implanter un stimulateur rechargeable pour traiter ses neuropathies périphériques. Il a signalé que subsistaient des douleurs d'origine plutôt squelettiques provenant des indesmoses sterno-claviculaires et que des évaluations supplémentaires allaient être effectuées en vue d'établir un diagnostic définitif concernant ces douleurs. Il a ajouté que la neuropathie post-traumatique de l'intéressé était probablement irréversible.

Par rapport intermédiaire du 3 décembre 2010, ce même médecin a maintenu ses précédentes observations tout en indiquant que

la stimulation médullaire fonctionnait très bien pour réduire les douleurs neuropathiques de l'assuré. Quant aux douleurs provenant des structures musculo-squelettiques, elles n'étaient couvertes que par la prise de Tramal. Le Prof. B.\_\_\_\_\_ a ajouté que la lésion neuropathique de l'intéressé était «*certainement irréversible*» et que ce dernier serait porteur à vie d'un stimulateur médullaire à moins que l'efficacité de ce traitement ne diminue à l'avenir.

Le Prof. B.\_\_\_\_\_ ayant adressé l'assuré au Prof. R.\_\_\_\_\_, chef du Service de chirurgie thoracique et vasculaire du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_), le Dr W.\_\_\_\_\_ a établi le 16 décembre 2010 un courrier à l'attention de ce dernier, résumant le cas comme suit :

"Actuellement, l'assuré se plaint de la persistance de douleurs importantes intéressant toute la région antérieure du thorax, de part et d'autre du sternum, qui l'empêchent de respirer profondément. Les douleurs sont transfixiantes et s'accompagnent de craquements qui inquiètent le patient. La stimulation médullaire l'aide un peu mais il prend des doses encore plus importantes de Tramal® qu'auparavant.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient extrêmement angoissé dont les mouvements sont très précautionneux.

Objectivement, les articulations sterno-costales sont assez saillantes et la palpation de cette région, qui n'est pas franchement douloureuse, entraîne essentiellement une réaction érythémateuse.

A noter qu'un premier scanner, réalisé le 28.09.2009 à la recherche d'une fracture du sternum, avait surtout montré des remaniements arthrosiques importants des articulations sterno-costales.

Pour ma part, j'ai l'impression que le violent traumatisme thoracique du 07.06.2009 a rendu ces articulations douloureuses et que tout cela s'est chronicisé chez un patient terriblement anxieux et qui a tendance à sur-interpréter, de manière totalement erronée, tout ce qu'il ressent."

Il ressort du rapport du 21 décembre 2010 du Prof. R.\_\_\_\_\_

ce qui suit:

"[Le Prof. B.\_\_\_\_\_ a] [...] entrepris une stimulation médullaire dorsale avec une bonne évolution pour les douleurs neuropathiques, sans effet sur le problème de la douleur musculo-squelettique

antérieure. Ces douleurs répondent bien au Tramal retard 150 mg 2x/j plus gouttes en réserve.

L'examen clinique montre les téguments sans particularité, des articulations sterno-costales Il proéminentes, diffusément douloureuses à la palpation mais sans crépitation. On note également l'absence de mouvements paradoxaux, de faux-mouvements et crépitations tout le long du sternum provoquant des épisodes de toux

### **Appréciation :**

Le patient présente des résidus d'une contusion tardive de la paroi thoracique antérieure éventuellement en relation avec une arthrose sterno-costale traumatisée. Au vu de l'absence de toute dislocation, fracture ou pseudoarthrose, je ne vois malheureusement pas un possible traitement chirurgical pour améliorer la situation. Par conséquent, le patient vous recontactera pour discuter d'autres moyens thérapeutiques afin de remédier à ses problèmes musculo-squeletteux. Eventuellement un traitement rhumatologique pourrait être proposé, un peu en analogie à un syndrome de Tieze."

Le 15 mars 2011, le Dr W. \_\_\_\_\_ a procédé à un examen médical final et s'est prononcé sur la situation en ces termes :

### **"DECLARATIONS DE L'ASSURE:**

Le patient dit qu'il ne va pas bien. Il a toujours autant de douleurs qu'avant. Il ne peut pas respirer profondément. Il a l'impression qu'on lui écrase le thorax. Il ressent également des décharges électriques irradiant vers l'intérieur.

La stimulation médullaire l'aide en partie mais elle ne lui permet pas de se passer de médicaments. Le patient prend quotidiennement 3 grammes de Dafalgan® et 400 à 600 mg de Tramal® Retard, auxquels s'ajoute[nt] des gouttes de Tramal®. Sans cette médication, il a des difficultés à uriner et une dysfonction érectile. S'il baisse le Tramal®, les choses s'arrangent un peu de ce point de vue mais des difficultés respiratoires apparaissent, nuisant aux rapports sexuels [...]

[...] Il a dans l'idée que la reprise de son travail pourrait interférer avec le bon fonctionnement de son stimulateur en raison des champs magnétiques auxquels il serait parfois confronté.

[...]

### **APPRECIATION:**

[...]

Objectivement, les articulations sterno-costales sont assez saillantes, surtout à droite. La palpation de cette région n'est pas vraiment douloureuse. Il en va un peu de même du reste du thorax

dont l'ampliation semble un peu retenue, sans plus. Il n'y a pas de mouvements paradoxaux, pas de crépitations objectivables. Il n'y a pas non plus de réaction érythémateuse à la palpation du thorax, comme j'avais pu l'observer fugacement à une seule reprise, et les téguments sont indemnes de toute lésion, en dehors des cicatrices d'implantation du stimulateur qui sont un peu chéloïdes.

Pour ma part, je continue à avoir beaucoup de peine à reconnaître un substrat anatomo-pathologique clairement identifiable aux plaintes du patient et je souhaiterais que le bilan soit complété par un examen neurologique réalisé par un spécialiste. "

L'assuré a été examiné le 18 avril 2011 par le Dr M.\_\_\_\_\_, neurologue. Dans son rapport du 19 avril 2011, ce spécialiste a notamment relevé qu'un CT-Scan du sternum réalisé le 22 avril 2010 s'était avéré normal et a pour le surplus fait part de ce qui suit :

#### **"RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

[...]

Actuellement, M. Q.\_\_\_\_\_ se plaint de la persistance de douleurs thoraciques antérieures constantes de trois types : 1) à type de broiement des os, 2) à type de brûlures et de déchirures, 3) à type de coups de poignards/décharges électriques, symptomatologie douloureuse s'accompagnant d'un manque de sensibilité en certains points thoraciques. Aux dires actuels de M. Q.\_\_\_\_\_, le neurostimulateur aiderait également à le soulager de ses douleurs car, quand l'appareil s'arrête, les douleurs augmentent et nécessitent plus de médicaments antalgiques.

[...]

#### **APPRECIATION DU CAS :**

[...]

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué révèle un sujet visiblement assez tendu et anxieux. L'examen des paires crâniennes et des membres inférieurs est sans particularité. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. Au niveau du thorax on observe un status tout à fait particulier avec tout d'abord une importante douleur à toute tentative de pression du grill thoracique antérieur mais surtout une zone d'hypoesthésie tactile et douloureuse globale (dorso-latéro-antérieure) de D1 à D9 difficilement explicable par un processus de contusions des structures nerveuses superficielles tel qu'évoqué par le Prof. B.\_\_\_\_\_.

Au terme du présent bilan, j'estime n'avoir pas fait la preuve d'une atteinte neurologique significative associée aux douleurs post-traumatique paraissant liées à une contusion thoracique, ceci en l'absence de la démonstration d'une fracture ou d'une autre

pathologie importante. S'agissant des douleurs dysesthésiques rapportées par M. Q.\_\_\_\_\_, ces dernières ont effectivement un caractère « neuropathique » mais l'extension des troubles sensitifs ne me paraît pas pouvoir être interprétée comme traduisant l'existence d'une atteinte des structures nerveuses et notamment d'un CRPS."

Prenant position le 4 mai 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_ a relevé les éléments suivants :

"A l'issue de mon examen du 15.3.2011, j'ai conclu qu'il n'y avait pas de séquelles clairement identifiables de l'accident du 7 juin 2009. En particulier, je n'ai jamais retrouvé de signes de CRPS de type II comme l'a évoqué le Pr B.\_\_\_\_\_.

Quant au Dr M.\_\_\_\_\_ qui a examiné le patient le 18.4.2011, il estime ne pas avoir fait la preuve d'une atteinte neurologique significative chez M. Q.\_\_\_\_\_.

Pour ma part, je suis toujours d'avis que le violent traumatisme thoracique que le patient a subi a pu rendre douloureuse des articulations sterno-costales arthrosiques, étant précisé que cela n'explique que très partiellement l'ampleur et l'extension des plaintes ainsi que leur résistance à tous les traitements entrepris. De surcroît, en présence d'une simple contusion, sans fracture, sans pseudarthrose ni dislocation, à bientôt 2 ans de l'accident, on est bien obligé de considérer que le statu quo sine est atteint.

Reste le caractère neuropathique des douleurs qui laisse suspecter que de petits rameaux nerveux cutanés de la paroi antérieure du thorax ont peut-être été lésés.

Si on se réfère à la table 2 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA [...], un taux de 5% peut être retenu, la situation correspondant, par analogie, à la moitié d'une paralysie du nerf sciatique poplité externe.

Le traitement antalgique, notamment la stimulation médullaire, reste à la charge de la Suva.

En ce qui concerne la capacité de travail, du strict point de vue somatique, rien ne s'oppose à ce que le patient reprenne progressivement son activité antérieure en plein."

Lors d'entretien téléphonique du 9 juin 2011, la CNA a demandé à K.\_\_\_\_\_, représentant auprès de la société L.\_\_\_\_\_, s'il y avait une contre-indication à ce que l'assuré reprenne son activité de mécanicien-électricien, sachant qu'il portait un stimulateur de type Restore, rechargeable. K.\_\_\_\_\_ a répondu que tel n'était pas le cas et que la seule activité contre-indiquée était la soudure à l'arc; il a ajouté que

le type de stimulateur en cause était protégé contre le rayonnement des champs magnétiques terrestres.

Le 27 juin 2011, un entretien en vue du retour progressif de l'assuré au travail a eu lieu en présence de ce dernier, de son épouse, de son employeur, de l'OAI et de la CNA. A cette occasion, la Caisse a expliqué que pour les deux assurances, il n'existait plus de limitations fonctionnelles imputables aux seules suites de l'accident du 7 juin 2009 qui empêcheraient l'intéressé de reprendre normalement et à 100% son poste de travail habituel. Celui-ci, pour sa part, s'est opposé à l'idée de reprendre le travail, invoquant notamment les effets secondaires de ses médicaments (Tramal) ainsi que le risque que son stimulateur tombe en panne à cause du rayonnement auquel il pourrait être soumis à sa place de travail.

Par décision du 29 juin 2011, la CNA a retenu que l'assuré était apte à reprendre le travail à 50% dès le 4 juillet 2011 et à 100% dès le 18 juillet 2011, et a de ce fait mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 17 juillet 2011, la prise en charge du traitement antalgique - notamment la stimulation médullaire - étant quant à elle maintenue. Il était en outre indiqué que l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ferait l'objet d'une décision séparée. La décision retirait tout effet suspensif à une éventuelle opposition.

Le 4 juillet 2011, l'assuré s'est rendu dans les locaux de la CNA où il a oralement formé opposition contre la décision du 29 juin 2011. Il a confirmé cette opposition par écriture du 6 juillet 2011 rédigée par son conseil, au motif qu'il était dans l'incapacité de reprendre la moindre activité professionnelle. Il s'est en particulier référé à un certificat médical du 22 mars 2011 du Dr H. \_\_\_\_\_ faisant état d'une entière incapacité de travail de durée indéterminée et peut-être définitive; à cet égard, il a observé que le médecin d'arrondissement de la CNA défendait quant à lui la position inverse et que, dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise était indispensable. L'intéressé s'est par ailleurs prévalu du risque que représentait la reprise du travail si son stimulateur médullaire

se retrouvait à proximité d'appareils électriques, ainsi que du traitement médicamenteux lourd auquel il était astreint. Il a requis la restitution de l'effet suspensif durant la procédure d'opposition.

Par décision du 4 juillet 2011, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6'300 fr., compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 5%. La décision retirait tout effet suspensif à une éventuelle opposition.

L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision le 6 juillet 2011, au motif que le taux de l'atteinte à l'intégrité arrêté par la Caisse était trop bas et qu'il y avait lieu de rectifier le calcul de l'indemnité y relative. En ce sens, il a fait valoir que, selon le certificat médical du 22 mars 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_, son atteinte à l'intégrité était importante et durable, et que, à teneur des avis rédigés les 25 juin et 25 août 2011 par le Prof. B.\_\_\_\_\_, l'installation du système mis en place aux fins d'une stimulation médullaire était destinée à être durable. Cela étant, il a considéré que la mise en œuvre d'une expertise apparaissait nécessaire. Il a requis la restitution de l'effet suspensif durant la procédure d'opposition.

Par courrier du 24 août 2011, l'assuré a réitéré, par l'entremise de son avocat, sa demande visant à la mise en œuvre d'une expertise et a produit une liste de noms d'experts. Il a rectifié cette dernière aux termes d'une correspondance du 6 septembre 2011.

Par décision sur opposition du 11 octobre 2011, la CNA a confirmé les décisions des 29 juin et 4 juillet 2011. A titre liminaire, la Caisse a rejeté la requête tendant au rétablissement de l'effet suspensif durant la procédure d'opposition. S'agissant du droit aux indemnités journalières, la CNA a considéré que compte tenu du bilan neurologique effectué le 18 avril 2011 par le Dr M.\_\_\_\_\_, de l'appréciation du 4 mai 2011 du Dr W.\_\_\_\_\_ - dont rien ne permettait de douter - et des informations fournies par K.\_\_\_\_\_ de la société L.\_\_\_\_\_ (société ayant fourni le système de neurostimulation de l'assuré), il y avait lieu de retenir qu'il n'existait aucune séquelle objective de l'accident de l'intéressé

empêchant celui-ci de reprendre son activité habituelle à 50% dès le 4 juillet 2001 [recte : 2011] puis à 100% dès le 18 juillet 2011. Aussi pouvait-on renoncer à toute mesure probatoire supplémentaire et admettre que la décision du 29 juin 2011 avait été rendue à juste titre. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du taux de 5% fixé dans la décision du 4 juillet 2011, conformément à l'analyse du Dr W.\_\_\_\_\_. La Caisse a par ailleurs retenu qu'un éventuel recours contre la décision sur opposition n'aurait pas d'effet suspensif.

**B.** Agissant par l'entremise de son conseil, Q.\_\_\_\_\_ a recouru le 9 novembre 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation et au maintien des indemnités journalières au-delà du 4 juillet 2011 ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon un degré fixé à dires de justice, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle instruction et nouvelles décisions. A titre préalable, le recourant a demandé la restitution de l'effet suspensif à son recours et sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire. En guise de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise confiée au Prof. C.\_\_\_\_\_, de la Clinique universitaire pour l'anesthésiologie et le traitement de la douleur de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ à [...], ainsi que l'assignation et l'audition du Prof. B.\_\_\_\_\_. Sur le fond, il met en doute la valeur probante des rapports des Dr W.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, qui ne posent pas de véritables diagnostics alors même que le Prof. B.\_\_\_\_\_ a fait mention de signes indiscutables compatibles avec un CRPS, et considère de son côté que la reprise d'une quelconque activité professionnelle est inexigible, «*son incapacité de travail étant actuelle et totale*». Se prévalant par ailleurs des avis du Prof. B.\_\_\_\_\_ et du Dr H.\_\_\_\_\_, il soutient qu'il y a lieu de lui accorder une indemnité pour atteinte à l'intégrité largement supérieure à celle arrêtée par l'intimée, attendu qu'il devra à vie porter un stimulateur médullaire et se voir prescrire du Tramal. Il souligne en outre qu'un stimulateur médullaire présente des risques d'interférences électromagnétiques pouvant entraîner des lésions graves, voire fatales, au contact d'outils électriques

et même d'appareils domestiques. A l'appui de ses dires, il verse notamment au dossier – outre des pièces déjà produites devant la CNA – une ordonnance du Dr H.\_\_\_\_\_ du 22 août 2011 pour du Tramal, de l'Algifor et du Dafalgan, ainsi qu'une seconde ordonnance établie le 18 octobre 2011 par le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, pour du Targin et de l'Oxycontin.

Le 18 novembre 2011, le recourant a produit un certificat médical du 16 novembre 2011 du Dr Y.\_\_\_\_\_, indiquant que *«Monsieur Q.\_\_\_\_\_ souffre d'un syndrome douloureux invalidant suite à un accident au travail avec compression thoracique violente. Malgré un traitement intense et pluridisciplinaire, M. Q.\_\_\_\_\_ reste fortement symptomatique avec un syndrome douloureux chronique nécessitant un traitement médicamenteux à haute dose. La situation actuelle entraîne une diminution sérieuse de sa qualité de vie ainsi qu'une incapacité de travail totale dans le métier de mécanicien-électricien»*.

En date du 25 novembre 2011, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 9 novembre 2011 et désigné son mandataire, Me Habib Tabet, en tant qu'avocat d'office.

Par envoi du 17 janvier 2012 complété le 27 janvier suivant, le recourant a transmis à la Cour de céans diverses pièces, dont les documents qui suivent :

- un rapport établi le 23 décembre 2011 par le Prof. C.\_\_\_\_\_ à la demande du Prof. B.\_\_\_\_\_, ainsi que la traduction française de ce compte-rendu dont on extrait ce qui suit :

**"Diagnostic:**

Suspicion de SDRC (syndrome régional douloureux complexe) de type II du sternum après un traumatisme thoracique survenu en juin 2009 avec:

- Indications d'une lésion neurologique partielle au niveau des N. intercostaux T2-[ajout du traducteur : T]5 gauche et T3-T7 droite
- Status post implantation d'un neurostimulateur en août 2010

**Diagnostics secondaires:**

Dépression légère évaluée à 8 points sur l'échelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory) (Fast screen) allant de 0 à 21.  
Dysfonction érectile, probablement un des effets secondaires du traitement anti-douleurs

[...]

[...] Suite à l'examen clinique et à une perfusion intraveineuse de lidocaïne, nous avons [erreur de traduction; recte : vous avez] mis en évidence une lésion des nerfs intercostaux.

[...]

L'évaluation de routine de la dépression, effectuée selon l'Inventaire de Beck [...] a mis en évidence une légère dépression. Le score MPI est de 5,89 (échelle de 0 à 6), ce qui indique une grave dégradation de la vie quotidienne en raison des douleurs. Le score de catastrophisation de 6 points (échelle de 0 à 6), indique une très forte problématique de prise en charge [étant précisé que la version originale du rapport en langue allemande se réfère à une «*Coping-Problematik*»].

Des mesures sensorielles quantitatives ont également été effectuées et nous avons observé des valeurs pathologiques lors de la stimulation électrique des réflexes et des seuils de douleur, ce qui indique une [ajout du traducteur : hyper]sensibilisation centrale généralisée.

Comme vous l'avez demandé, nous avons procédé à des tests de mesure de la sensibilité thermique et sensorielle au niveau du thorax. L'évaluation a révélé une hyposensibilité significative et une hypoalgésie au niveau des dermatomes T2 à T5 du côté gauche et des dermatomes T3 à T7 du côté droit, par comparaison aux dermatomes non-affectés [ajout du traducteur : par l'accident]. Ces résultats renforcent la suspicion d'une lésion des nerfs intercostaux T2 à T5 gauche et des [ajout du traducteur : nerfs intercostaux] T3 à T7 du côté droit, pouvant représenter la cause des douleurs dont se plaint M. Q.\_\_\_\_\_."

- un certificat médical du Dr Y.\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2012 faisant état d'une incapacité de travail d'une durée probable de 4 mois;

- un compte-rendu du 11 janvier 2012 aux termes duquel le Prof. B.\_\_\_\_\_ considère que les résultats des examens complémentaires effectués par le Prof. C.\_\_\_\_\_ confirment son diagnostic posé antérieurement, à savoir une «*pathologie neuropathique, pathologie qui est évidemment la conséquence d'un traumatisme violent contre la partie inférieure [du] thorax*».

Dans sa réponse du 5 mars 2012, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours. Elle relève qu'aucun médecin, qu'il s'agisse des Drs W.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_, ou des médecins de la Clinique P.\_\_\_\_\_, n'a été en mesure de retrouver des signes de CRPS de type II tels qu'évoqués par le Prof. B.\_\_\_\_\_. Quant au rapport du Prof. C.\_\_\_\_\_, la CNA observe qu'il ne mentionne qu'une suspicion de lésion de petits rameaux inter-costaux et que le Dr W.\_\_\_\_\_ avait pris en compte cette éventuelle lésion, motif de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Elle relève de surcroît que, dans la traduction française du rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ produite par le recourant, le terme «*Coping-Problematik*» a été imparfaitement traduit par «*problématique de prise en charge*», alors qu'il aurait plutôt fallu parler de «*stratégie d'ajustement*» ou de «*stratégie de coping*».

Dans sa réplique du 30 mai 2012, le recourant confirme ses conclusions. Il fait notamment valoir que selon le rapport du Prof. C.\_\_\_\_\_, la pathologie neuropathique dont il souffre est en lien de causalité avec l'accident survenu le 9 [recte : 7] juin 2009. De surcroît, il allègue que le traitement médicamenteux lourd auquel il est astreint engendre une incapacité de travail totale et une péjoration importante de sa qualité de vie, et que les risques d'interférence de son stimulateur médullaire l'empêchent de reprendre l'activité qu'il exerçait au moment de l'accident. A titre de mesures d'instruction, il requiert la désignation du Prof. C.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert ainsi que l'assignation et l'audition en qualité de témoins de ce même médecin ainsi que du Prof. B.\_\_\_\_\_.

Dans sa duplique du 16 août 2012, l'intimée maintient sa position. Elle observe que le Prof. C.\_\_\_\_\_ n'a mentionné qu'une suspicion de lésion des nerfs intercostaux T2 à T5 et que le Dr M.\_\_\_\_\_ a écarté une telle lésion. Enfin, la CNA retient que rien n'a pu être objectivé sur le plan médical et que c'est «*au niveau psychique ou extra-médical, que le bât blesse*».

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures respectives des 11 février et 18 avril 2013.

**C.** A la requête du juge instructeur, le dossier de l'assurance-invalidité a été versé en cause le 19 avril 2013. Il en résulte notamment les rapports médicaux suivants :

- un avis médical du 30 mars 2012 du Dr T. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), relevant ce qui suit :

"1) analyse des rapports du Prof B. \_\_\_\_\_ et du Prof C. \_\_\_\_\_ : ces documents tendent à prouver qu'il y a bien des lésions organiques à l'origine de douleurs neuropathiques. Il reste néanmoins à démontrer :

a. que les lésions suspectées expliquent toutes les plaintes de l'assuré

b. qu'elles justifient l'incapacité de travail alléguée.

2) limitations liées au stimulateur médullaire : je propose de s'en tenir aux recommandations du fabricant de l'appareil.

3) Les doses élevées de tramadol (opiacé) que prend quotidiennement l'assuré sont de nature à entraîner des effets secondaires susceptibles de diminuer la capacité de travail dans une mesure qu'il n'est pas possible de préciser sur la base des renseignements au dossier. Par contre, au vu de l'étiologie peu claire des douleurs et du peu d'effet du traitement antalgique, on est en droit de se demander si le retour à des doses « raisonnables » de tramadol n'est pas exigible au titre de l'obligation de réduire le dommage. En effet, la dose maximale préconisée est de 300 à 400 mg/jour et l'assuré en consommerait plus de 600 mg/jour.

La question de la capacité de travail demeure donc à clarifier, de même que la date à partir de laquelle une reprise d'activité était, cas échéant, exigible.

Cet assuré, qui présente des douleurs décrites comme intenses, d'origine peu claire, est décrit par plusieurs médecins différents comme « tendu et anxieux » ; le Prof C. \_\_\_\_\_ parle de dépression légère sur la base d'un test de Beck. Il est dès lors médicalement évident que l'état psychique joue un rôle d'amplificateur sur le syndrome douloureux. L'aspect psychiatrique n'ayant jamais été investigué par un spécialiste, je suis d'avis qu'on ne pourra pas faire l'économie d'une expertise dans ce domaine.

En conclusion, l'instruction devrait être complétée par une expertise bidisciplinaire, neurologique et psychiatrique. La décision de mandater une telle expertise devrait être coordonnée, le cas échéant, avec la décision du Tribunal qui statue sur le recours contre la SUVA [...]."

- un avis médical du 22 mai 2012 des Drs G.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ du SMR, qui indiquent notamment ce qui suit :

"Le courrier du Dr B.\_\_\_\_\_ daté du 25.08.10, spécialiste du diagnostic et traitement de la douleur, introduit la notion de CRPS (complex regional pain syndrome ; équivalent d'une algodystrophie) ; dont la documentation manque.

La mise en place d'une électrode-test le 13.08.10 a été un succès ; d'où l'implantation le 02.09.10 [recte : 03.09.10] d'un stimulateur rechargeable. Avec une évolution par la suite insatisfaisante et la poursuite d'une consommation médicamenteuse massive.

L'évaluation neurologique par le Dr M.\_\_\_\_\_ le 18.04.11 écarte le CRPS comme explication des douleurs thoraciques déclarées.

Suite au premier examen final de la SUVA le 15.03.11 il est convenu que l'assuré reprend son activité habituelle jusqu'au plein temps ; les incapacités sont retenues comme suit : 100% dès le 07.06.09, 70% dès le 25.01.10, 100% dès le 16.03.10, 70% dès le 14.04.10, 100% dès le 31.05.10, 50% dès le 04.07.11, 0% dès le 18.07.11. Dans les faits, la reprise d'activité telle qu'indiquée n'a pas lieu. Aidé de son avocat et du Dr B.\_\_\_\_\_, l'assuré porte sa situation en justice.

A plusieurs reprises, une expertise neurologique est évoquée ; à ce sujet l'avocat stipule par courrier du 06.09.11 que le Dr [...] soit écarté et propose le Prof. [...] [recte : C.\_\_\_\_\_], chef de la division de la douleur et du département d'anesthésiologie de l'université de [...].

Au moment de son avis SMR du 30.03.12, le Dr T.\_\_\_\_\_ évoquait une expertise neurologique et psychiatrique."

En conclusion, ces praticiens ont proposé des noms d'experts à mandater par l'OAI pour effectuer l'expertise proposée par le Dr T.\_\_\_\_\_.

- un rapport d'expertise du 13 novembre 2012 du Dr U.\_\_\_\_\_, neurologue, indiquant notamment que l'assuré avait été licencié par son employeur en avril 2012 et exposant pour le surplus ce qui suit :

*"4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)  
4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?*

Douleurs thoraciques antérieures après contusion de la région sternale, de type syndrome douloureux chronique.

#### *4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?*

Possible discrètes séquelles sensitives pures des nerfs intercostaux, n'intervenant pas dans l'importance du syndrome douloureux lui-même au vu de la légèreté de l'atteinte hypoesthésique.

#### *5. Appréciation du cas et pronostic*

Le tableau actuel présenté par le patient est essentiellement un syndrome douloureux chronique, déclenché par le traumatisme et les probables fractures-contusions non déplacées au niveau du sternum, qui avaient été évoquées par la scintigraphie à l'époque. Ce tableau est visiblement chronifié et entretenu par l'état psychologique du patient, bien qu'il ne s'agisse pas spécifiquement d'un syndrome de stress post traumatique, et ceci devrait être évalué par une expertise psychiatrique apparemment en cours parallèlement.

Sur le plan strictement organique neurologique, il y a très peu d'éléments significatifs, et aucun n'est réellement objectif, dans la mesure où il n'existe qu'une hypoesthésie subjective d'une extension inhabituelle par rapport à un traumatisme où l'on a pas été en mesure de mettre en évidence d'hématome ou de contusion dans la phase aiguë, et où l'on voit mal une lésion ou un écrasement multi-étagé de la presque totalité des nerfs intercostaux, aussi bien à G qu'à D, sans autre lésion associée. Les troubles du status, avec l'hypoesthésie restent de toute façon modérée[s], et en disproportion avec le syndrome douloureux persistant. Par ailleurs, on relève quelques contradictions dans la mesure où le patient affirme être largement soulagé par la neurostimulation, alors qu'il affirme par ailleurs être incapable de toute activité privée ou professionnelle en raison des douleurs elles-mêmes. Relevons par ailleurs la totale normalité du status neurologique associé.

Le pronostic est aussi défavorablement associé, sur le plan psychique, à la forte consommation médicamenteuse, et même si le patient a pu stopper les doses quasi « toxiques » de Tramal, il reste à une dose dépassant 60 mg/jour de Morphine actuellement, qui joue certainement un rôle dans le ralentissement psychomoteur également observé. En conclusion, sur le plan neurologique, nous n'avons pas d'élément organique objectif permettant de justifier une incapacité de travail, celle-ci étant uniquement liée au syndrome douloureux chronique associée aux modifications psychologiques actuellement en cours d'évaluation par une expertise, anamnesticquement.

### **B. Influence sur la capacité de travail**

#### *1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés*

*au plan physique*

*au plan psychique et mental*

*au plan social*

Sur le plan strictement neurologique organique, il n'y a pas de limitation spécifique en dehors du syndrome douloureux chronique à considérer sur le plan des facteurs psychologiques sous-jacents à son entretien.

## *2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici*

### *2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

Le patient se dit incapable de toute activité professionnelle ou privée en relation avec les douleurs elles-mêmes, au niveau du thorax, sans décrire spécifiquement d'autre trouble, hormis un ralentissement psychomoteur secondaire aux médicaments.

### *2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

Sur le plan strictement neurologique organique, il n'y a pas de diminution de la capacité résiduelle de travail, mais il existe visiblement une incapacité totale de travail en relation avec le syndrome douloureux chronique associé aux troubles de la personnalité actuellement en évaluation.

### *2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Théoriquement, sur le plan neurologique organique pur, oui. Il n'y a pas de limitation.

### *2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*

---

### *2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?*

Depuis l'accident.

### *2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Le tableau a évolué sous forme d'une chronification.

## **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

### *1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?*

Sur le plan neurologique organique, le patient est capable de reprendre son ancienne activité ou d'être recyclé. Cette dernière éventualité paraît plus probable dans le cadre du syndrome douloureux chronique associé aux troubles psychologiques, même en l'absence d'élément de syndrome de stress post traumatique, le patient restant fortement obnubilé par le fait que son ancienne activité l'a presque « tué ».

### *2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?*

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Uniquement par la prise en charge du syndrome douloureux chronique et sur le plan psychiatrique, il n'y a aucun traitement particulier à proposer sur le plan neurologique, du fait de la modicité et du caractère potentiellement contestable des déficits neurologiques sensitifs eux-mêmes.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ? D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

---

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Le point principal est la résolution psychologique d'un patient persuadé qu'il ne pourra jamais reprendre aucune activité, et qui se présente clairement comme la victime d'un accident de travail lui octroyant des droits. Tel que je l'ai vu, il me semble peu probable qu'une amélioration du syndrome douloureux chronique puisse se produire dans un proche avenir, chez un patient dont le mode de pensée interprétatif par rapport aux suites de l'accident paraît également chronifié."

- un rapport d'expertise psychiatrique du 25 janvier 2013 des Drs F.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, du Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux I.\_\_\_\_\_), dont il résulte notamment ce qui suit :

#### **"4. Diagnostics (si possible selon classification ICD 10)**

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

- F32[.]2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, depuis au moins plusieurs mois
- F11.22 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, suit un régime de maintenance sous surveillance médicale, depuis au moins 2009

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

---

#### **5. Appréciation du cas et pronostic**

L'expertisé n'a aucun antécédent psychiatrique jusqu'en 2009. Il rapporte une vie sans problème particulier jusqu'au moment de l'accident de travail en juin 2009. A part le divorce de ses parents, il ne décrit aucun autre incident significatif qui aurait pu influencer son état psychique de manière négative et significative pendant son enfance. Il se montre taciturne en tout ce qui concerne sa vie familiale ou sentimentale et ne comprend pas pourquoi nous lui posons des questions si personnelles. Pourtant à notre avis, il montre une tendance à minimiser l'impact psychique des événements significatifs de sa vie (divorce de ses parents, deux procédures de divorce vécues par lui-même).

Sur le plan professionnel, il s'est montré actif et motivé, avec de bonnes capacités d'adaptation puisqu'il a changé à plusieurs reprises de travail depuis le début de sa carrière, toujours avec l'objectif de son progrès professionnel. Il ne rapporte aucun souci professionnel ni de conflit avec des collègues ou la hiérarchie avant l'accident en 2009. Il dit qu'il était entièrement satisfait de sa vie professionnelle et nous avons l'impression que cette dernière a été surinvestie par l'expertisé sur le plan narcissique. Il se montre encore fier de parler de son objet de travail et de ses compétences professionnelles, tout en disant que maintenant il a tout perdu.

Il se décrit comme quelqu'un de joyeux, optimiste et sociable, un homme d'action. Il rapporte qu'il aimait faire du ski, sortir avec des amis, voyager et profiter de la vie. Pourtant, pour lui tout a changé au moment de son accident. Il décrit ce moment comme une cassure dans son existence, ayant même cru[,] quand il a ouvert ses yeux, qu'il était déjà mort. Il a de la peine à parler en détail de la période ayant suivi l'accident, surtout concernant les éléments affectifs. Il semble être plus à l'aise avec la description des événements séquentiels (description des douleurs, investigations médicales, arrêts maladies) plutôt qu'avec une introspection sur ses vécus subjectifs.

L'expertisé montre une faible capacité d'élaboration, ce qui limite ses capacités à intégrer des événements douloureux et à pouvoir réaménager son fonctionnement psychique. Il est donc probable que dans ce contexte, l'accident n'a pas pu être métabolisé psychiquement. Cela a pu favoriser la fixation sur les problèmes physiques et nous pourrions donc faire l'hypothèse que la fixation de l'expertisé sur ses douleurs a pu masquer des éléments anxiodépressifs les mois qui ont suivi l'accident.

De la perte de son rôle social fortement tributaire de son statut professionnel, le caractère violent et imprévisible de l'accident de travail, survenu sans erreur ou mauvaise manipulation de l'expertisé avec un sentiment d'injustice renforcé ensuite par ce qu'il considère comme une non reconnaissance de sa souffrance physique après l'accident, résulte un effondrement narcissique de l'expertisé associé à une symptomatologie dépressive moyenne à sévère. Nous considérons en effet que la pauvreté d'expression des éléments émotionnels et affectifs exprimés par l'expertisé ainsi que sa fixation sur les symptômes somatiques et algiques ont comme conséquence une sous-cotation aux échelles spécifiques pour la dépression. Nous retenons donc un diagnostic d'état dépressif d'intensité sévère. Il est à noter que pour cet épisode dépressif l'expertisé n'a pas été traité jusqu'à récemment avec un début de suivi psychiatrique ainsi

que l'introduction d'un traitement antidépresseur de CYMBALTA 30mg/jour.

A cela s'ajoute l'utilisation quotidienne et chronique d'opiacés, en raison des douleurs persistantes. Ce traitement outre son peu d'efficacité sur les douleurs présentées par l'expertisé est susceptible de provoquer des symptômes tels que fatigabilité, baisse de l'élan vital, troubles de la libido, troubles de la concentration et humeur dépressive, ajoutant très probablement une composante médicamenteuse au tableau clinique présenté par l'expertisé. De plus le traitement de morphine rend difficile l'introduction d'un traitement antidépresseur, en raison de nombreuses interactions avec la plupart des molécules antidépresseurs, ce qui explique sans doute la faible posologie du traitement CYMBALTA.

Selon le médecin traitant de l'expertisé, le Dr Y. \_\_\_\_\_, la grande complexité neuronale de la région du thorax pourrait expliquer en partie l'échec du traitement antalgique (médicaments et stimulateur) et estime les douleurs rapportées par l'expertisé comme authentiques. Il considère l'expertisé comme certainement dépendant de la morphine, mais une diminution des doses, malgré l'effet insatisfaisant, ne lui semble pas possible pour le moment vu la persistance des douleurs de l'expertisé. Toutefois le médecin précise que l'expertisé ne demande pas de doses plus élevées que celles prescrites. Selon l'expertisé, il peut parfois dépasser la dose prescrite et prendre 3 x 60mg au lieu de 2 x 60mg au maximum.

Nous retenons le diagnostic d'une dépendance aux opiacés avec syndrome de dépendance, régime de maintenance sous surveillance médicale. L'expertisé semble avoir développé une difficulté à contrôler la dose et une certaine tolérance au médicament, donc avec un besoin des doses plus élevées mais avec peu d'effet sur les douleurs. Toutefois il ne décrit pas un désir puissant de prendre le médicament et selon ses dires, c'est seulement en réponse à des crises algiques qu'il augmente la dose de lui-même. Selon les informations recueillies, il ne montre pas de comportement toxicomaniaque avec recherche d'ordonnances multiples auprès de médecins divers afin d'obtenir de plus grandes doses du médicament et n'a aucun antécédent d'utilisation de substance psychoactive.

Nous ne retenons pas le diagnostic d'un état de stress post-traumatique vu l'absence de symptômes spécifiques de ce trouble, comme les « flashbacks », les rêves répétitifs, l'évitement des situations pouvant lui rappeler l'accident ou l'état d'hypervigilance.

Nous concluons que la capacité de travail actuelle de l'expertisé est nulle, considérant que son état psychique est perturbé et qu'il présente une problématique médicale et psychiatrique complexe avec une forte intrication des éléments physiques et psychiques.

L'expertisé nécessiterait à notre avis une prise en soins multidisciplinaire permettant de mieux intégrer les aspects algiques et les aspects psychiques, comme par exemple une consultation multidisciplinaire de la douleur. Une approche plus globale de la problématique de l'expertisé pourrait en effet augmenter ses possibilités de compréhension et d'élaboration de sa souffrance

psychique et physique et retrouver des ressources internes, qui semblent actuellement faibles. Il nous semblerait également important d'inclure dans un tel suivi et dans la mesure du possible les proches de l'expertisé et en particulier son épouse.

Sur le plan médicamenteux, l'utilisation d'un antidépresseur (CYMBALTA 30mg/j) est très récente et la dose trop faible pour juger d'un effet positif sur la composante dépressive pour l'instant. Une recommandation serait d'augmenter la dose à des niveaux thérapeutiques pour une période suffisante et en cas de non réponse d'essayer un traitement par un antidépresseur tricyclique, qui pourrait également avoir un meilleur effet sur les douleurs. Toutefois, comme nous l'avons mentionné, en raison de l'utilisation parallèle des opiacés et du risque d'interactions importantes avec les antidépresseurs serotoninergiques une évaluation du risque/bénéfice serait à peser et un consensus entre psychiatre et médecin somaticien serait à rechercher.

Dans l'ensemble le pronostic nous semble réservé notamment en raison du caractère chronique de la problématique ainsi que la fixation de l'expertisé sur les éléments somatiques. Toutefois le potentiel thérapeutique non encore exploité pourrait permettre une meilleure évolution clinique.

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

Il existe des limitations physiques. L'expertisé présente une asthénie importante, un sentiment de fatigue ainsi que des douleurs persistantes. Toutefois, une évaluation plus précise relève d'une expertise somatique et non de ce présent rapport.

Il existe des limitations psychiques et mentales. L'expertisé présente un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité importante, des troubles de l'attention et de la concentration, une asthénie. La fixation sur le réglage et le fonctionnement de son stimulateur ainsi que les ruminations sur sa situation et ses douleurs laissent peu d'espace à autre chose.

Il n'existe pas de limitations sociales.

### **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

#### *2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

Les limitations psychiques et mentales décrites par l'expertisé réduisent sa capacité de travail dans l'exercice de son activité professionnelle comme dans celui de toute autre activité.

#### *2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

La capacité résiduelle de travail est nulle.

#### *2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

---

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Probablement au moment de l'accident provisoirement et ensuite depuis environ 2010, après les premiers échecs de la tentative de reprise professionnelle. Toutefois, vu l'absence d'une évaluation psychiatrique après 2009, il nous est difficile de préciser la durée de l'incapacité de travail pour des raisons psychiques.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail a augmenté progressivement en parallèle avec le développement de la symptomatologie dépressive. Il nous est impossible de préciser exactement la progression de l'incapacité de travail pour des raisons psychiques vu le manque d'évaluation psychiatrique depuis décembre 2009 et vu la difficulté de l'expertisé à préciser depuis quand il a développé sa symptomatologie.

**3. En raison de ses troubles psychiques, l'expertisé est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Actuellement, son état psychique ne lui permet pas de s'adapter à un environnement professionnel même si par le passé il a montré de bonnes capacités d'adaptation.

### **C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

**1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Non.

Si l'état clinique de l'expertisé s'améliore, les mesures de réadaptation professionnelle ne seront probablement pas nécessaires car ce n'est pas le travail qui pose problème, l'expertisé pourrait reprendre son travail antérieur.

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

Non.

[...]"

- une lettre du 6 février 2013 du Prof. B. \_\_\_\_\_ adressée au Dr U. \_\_\_\_\_ et dont la teneur est notamment la suivante :

"Je ne cache pas mon étonnement après lecture de ce rapport qui, malgré sa taille, présente peu de conclusions, de plus très diluées, ajoutant à la confusion générale dont ce patient est déjà victime.

Je suis particulièrement gêné par votre diagnostic de « syndrome douloureux chronique » qui est un avis d'une grande évidence chez une personne qui souffre de douleurs continues depuis son accident qui a eu lieu en juin 2009.

Je ne suis pas d'accord non plus avec votre façon d'interpréter la scintigraphie osseuse pratiquée fin décembre 2009, c'est[-]à[-]dire plus de 6 mois après l'accident. Une captation d'isotopes si longtemps après le traumatisme n'a évidemment rien à voir avec des fractures qui ont de toute façon été exclues par un CT à des coupes fines, cet examen ayant également exclu d'autres explications, par ex. une pseudarthrose. Ces signes sont parfaitement corrélés du point de vue anatomique avec les segments thoraciques où le patient présente des douleurs neuropathiques et leur unique explication est un CRPS, aujourd'hui considéré comme obligatoirement dû à une lésion nerveuse périphérique.

De plus, je constate que vous minimisez l'importance de l'examen clinique de la zone douloureuse. Elle présente pourtant les signes indiscutables d'une hypoesthésie, présente également sur le côté gauche avec une dysesthésie. J'ai personnellement examiné ce patient au moins 10 fois, avec des délimitations du territoire hypoesthésique documentées photographiquement à chaque fois et sans aucune différence de surface entre les différents examens.

Je suis également gêné du fait que vous ne discutiez pas du tout du résultat du thermo-test effectué par le Pr C.\_\_\_\_\_, à l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ à [...], mondialement connu pour ses études scientifiques appliquant cette technique. Le thermo-test [...] constitue une méthode scientifiquement validée et couramment utilisée dans le contexte des douleurs neuropathiques périphériques.

Il y a ainsi toute une série d'indicateurs qui montrent que ce patient souffre de douleurs neuropathiques post-traumatiques :

1. Le type de traumatisme et le territoire anatomique parfaitement en rapport avec l'anatomie nerveuse.
2. La présence de signes scintigraphiques compatibles avec un CRPS, une complication qui est observée uniquement dans le contexte d'une neuropathie périphérique.
3. Le test de lidocaïne par voie intraveineuse, considéré comme hautement spécifique pour des douleurs neuropathiques qui s'est révélé fortement positif lors de ce test, la totalité de la composante neuropathique a disparu.
4. Les examens cliniques testant les 4 qualités de sensibilité (chaud, froid, toucher, piquer) qui ont constamment donné les mêmes délimitations du territoire concerné.
5. Le thermo-test pathologique, objectivant ainsi le résultat des examens cliniques.

6. La réponse thérapeutique fortement positive à la stimulation médullaire, une technique uniquement indiquée dans le cadre de douleurs neuropathiques périphériques.

Je ne sais pas ce qu'il vous faut de plus pour adhérer à un diagnostic correct, si ce n'est la présence d'autres douleurs qui, elles, sont plutôt de caractère mécanique. Ces douleurs, nociceptives, ont leur origine dans les insertions des deux clavicules sur le sternum, comme cela a été montré à l'aide d'injections d'anesthésie locale dans ces syndesmoses. Malheureusement, il n'existe pas de traitement spécifique pour ces douleurs, qui obligent le patient à prendre actuellement de la morphine. Quand on analyse les deux douleurs qu'il présente, on peut ainsi différencier celle qui provient de ses neuropathies et qui répond bien à la stimulation médullaire, cette douleur diminuant, selon son estimation, de 50-60%, et celle qui est nociceptive. Celle-ci provient de structures bien définies et l'empêche de travailler par exemple avec les mains au-dessus du plan horizontal ou de porter des charges importantes, ce qui sollicite les structures douloureuses."

Les parties ont maintenu leurs positions respectives après avoir pris connaissance des documents susdits.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'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 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte, d'une part, sur le droit du recourant à bénéficier d'indemnités journalières de l'assurance-accidents au-delà du 17 juillet 2011 et, d'autre, part, sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il peut prétendre.

**3. a)** 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 de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

**b)** Quand bien même le dossier en mains de la Cour de céans contient de nombreuses pièces produites après le prononcé de la décision entreprise, il y a malgré tout lieu de tenir compte de ces documents en tant qu'ils se rapportent à l'état de fait déterminant pour trancher la présente affaire.

**4. 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

**aa)** L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 phr. 1 LPGGA).

**bb)** Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA).

[ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous la forme d'une prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain assuré à l'époque de l'accident et est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA, art. 36 al. 2 OLAA et barème à l'annexe 3 de l'OLAA.).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Savoir si l'évènement 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet évènement, 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; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps que celui-

ci aboutit à des résultats convaincants, que ses conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid.3b/bb et 3b/ee et les références ; TF 8C\_562/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées).

**5. a)** Sous l'angle somatique, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a initialement retenu, se référant à la scintigraphie osseuse de décembre 2009, que la mise en évidence d'une activité dans des bandes parallèles au niveau du sternum était éventuellement compatible avec un CRPS dû à des lésions des nerfs intercostaux. Il a ajouté que cette hypothèse était compatible avec le status neurologique, lequel parlait globalement en faveur d'une lésion au niveau des fibres fines touchant les nerfs intercostaux 4-6 des

deux côtés, et que la présence d'une lésion neuropathique sur contusion expliquait certainement les douleurs de l'assuré. Il a également souligné que la présence d'une neuropathie avait été objectivée par une perfusion intraveineuse de Lidocaïne (rapport du 25 juin 2010). Par la suite, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré présentait des signes indiscutables compatibles avec un CRPS, complication quasiment toujours due à une neuropathie (écrit du 25 août 2011), et a posé le diagnostic de lésion post-traumatique des nerfs intercostaux avec neuropathie chronique et CRPS (rapports intermédiaires des 6 octobre et 3 décembre 2010). Par ailleurs, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a relevé que la stimulation médullaire permettait de réduire les douleurs neuropathiques de l'assuré mais que celui-ci présentait également des douleurs musculo-squelettiques qui n'étaient couvertes que par la prise de Tramal (rapports intermédiaires des 6 octobre et 3 décembre 2010), ce qu'à également noté le Prof. R.\_\_\_\_\_, tout en relevant que l'assuré présentait des résidus d'une contusion tardive de la paroi thoracique antérieure éventuellement en relation avec une arthrose sterno-costale traumatisée (rapport du 21 décembre 2010). Quant au Prof. C.\_\_\_\_\_, interpellé près d'un an plus tard, il a fait mention d'une suspicion de CRPS de type II du sternum après un traumatisme thoracique survenu en juin 2009 avec indications d'une lésion neurologique partielle au niveau des nerf intercostaux T2-T5 gauche et T3-T7 droite pouvant être à l'origine des douleurs du recourant (rapport du 23 décembre 2011).

Les médecins de la CNA ou mandatés par la CNA ont pour leur part adopté une position inverse. Ainsi, le Dr W.\_\_\_\_\_ a observé que le scanner réalisé le 28 septembre 2009 montrait surtout des remaniements arthrosiques importants des articulations sterno-costales et que, d'après lui, le violent traumatisme thoracique du 7 juin 2009 avait rendu ces articulation douloureuses avec un effet de chronicisation (compte-rendu du 16 décembre 2010). Par la suite, ce médecin a mentionné qu'il avait beaucoup de peine à reconnaître un substrat anatomo-organique clairement identifiable aux plaintes de l'assuré (rapport du 15 mars 2011). Puis, mandaté par la CNA, le Dr M.\_\_\_\_\_ a estimé ne pas avoir fait la preuve d'une atteinte neurologique significative associée aux douleurs

post-traumatiques paraissant liées à une contusion thoracique, ceci en l'absence d'une fracture ou d'une autre pathologie importante. S'agissant des douleurs dysesthésiques rapportées par l'assuré, le Dr M.\_\_\_\_\_ a considéré que ces dernières avaient effectivement un caractère neuropathique mais que l'extension des troubles sensitifs ne pouvait être interprétée comme traduisant une atteinte des structures nerveuses et notamment un CRPS (rapport du 19 avril 2011). Enfin, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était toujours d'avis que le violent traumatisme thoracique subi par le recourant avait pu rendre douloureuse les articulations sternocostales arthrosiques, ce qui n'expliquait toutefois que très partiellement l'ampleur et l'extension des plaintes ainsi que leur résistance à tous les traitements entrepris. Il a considéré qu'en présence d'une simple contusion, sans fracture ni pseudarthrose ou dislocation, à bientôt 2 ans de l'accident, le statu quo sine était atteint. Concernant le caractère neuropathique des douleurs, il a relevé que de petits rameaux nerveux cutanés de la paroi antérieure du thorax avaient peut-être été lésés. Cela étant, il a retenu que rien ne s'opposait à la reprise progressive du travail par le recourant (rapport du 4 mai 2011).

A l'examen des avis médicaux qui précèdent, il appert que les appréciations médicales divergent quant à la nature des troubles du recourant et à plus forte raison quant à leur étiologie et leur impact sur sa capacité résiduelle de travail. Si l'existence de douleurs à caractère neuropathique est reconnue pratiquement à l'unanimité, aucune des appréciations médicales recueillies ne permet d'en déterminer clairement le substrat organique. On relèvera notamment que si les Prof. B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont fait état de séquelles post-traumatiques sous la forme d'un CRPS dans le cadre d'une lésion des nerfs intercostaux, celui-là faisant également mention d'une neuropathie chronique, tel n'est en revanche pas le cas des Drs W.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ pour lesquels l'assuré ne présente aucune atteinte neurologique significative - le Dr W.\_\_\_\_\_ ayant tout au plus considéré que le caractère neuropathique des douleurs pouvait témoigner d'une lésion de petits rameaux nerveux cutanés de la paroi antérieure du thorax. Ces différents avis émanant de spécialistes et étant dûment motivés, rien ne permet de les départager en l'état. Il

apparaît en outre que les médecins interpellés ont signalé des douleurs musculo-squelettiques (Prof. B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_), respectivement des douleurs affectant des articulations sterno-costale arthrosiques (Dr W.\_\_\_\_\_), mais que celles-ci n'ont en définitive été qu'évoquées, sans faire l'objet d'une étude circonstanciée.

Il convient également de garder à l'esprit que l'assuré s'est vu implanter un stimulateur médullaire. Si ce procédé a dans un premier temps permis de soulager le recourant (compte-rendu du Prof. B.\_\_\_\_\_ du 25 août 2010), à tout le moins pour ses douleurs neuropathiques (rapports intermédiaires du Prof. B.\_\_\_\_\_ des 6 octobre et 3 décembre 2010; rapport du Prof. R.\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2010), il apparaît que par la suite l'intéressé s'est plaint d'avoir toujours autant de douleurs qu'auparavant et de ne pouvoir se passer de médicaments (rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 15 mars 2011). A cette époque, l'intéressé prenait encore quotidiennement 3 grammes de Dafalgan et 400 à 600 mg de Tramal Retard, auxquels il ajoutait des gouttes de Tramal (cf. ibid.), substances auxquelles se sont ultérieurement additionnés du Targin et de l'Oxycontin (ordonnance du Dr Y.\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2011). En l'état, on ignore toutefois l'impact précis d'une telle médication du point de vue d'un retour à la vie active.

Quant aux rapports figurant au dossier de l'assurance-invalidité, ils sont, sur le plan somatique, en totale contradiction sans qu'il soit possible de retenir les conclusions des uns plutôt que celles des autres. Notamment, si le Dr T.\_\_\_\_\_ a relevé que l'avis des Prof. B.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ plaidait en faveur de l'existence de lésions organiques à l'origine des douleurs neuropathiques (avis médical SMR du 30 mars 2012), le Dr U.\_\_\_\_\_ s'est pour sa part écarté d'une telle appréciation pour retenir que sur le plan strictement neurologique organique, il n'y avait pas de limitation spécifique en dehors d'un syndrome douloureux chronique à considérer sur le plan des facteurs psychologiques sous-jacents à son entretien (rapport d'expertise du 13 novembre 2012) - analyse qui a ultérieurement été réfutée dans son ensemble par le Prof. B.\_\_\_\_\_ qui a maintenu que l'assuré souffrait de

douleurs neuropathiques post-traumatiques et présentait en sus des douleurs nociceptives, de caractère mécanique (compte-rendu du 6 février 2013). Or, en l'état, rien ne permet de départager l'opinion de ces deux spécialistes. Il s'ensuit que ces rapports ne permettent pas à la Cour de céans d'élucider les divergences et lacunes évoquées ci-dessus.

Compte tenu des données médicales lacunaires et contradictoires relatives à l'état de santé physique du recourant, on ne saurait dès lors suivre l'appréciation de l'intimée que ce soit quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré ou quant au degré de l'atteinte à l'intégrité de ce dernier.

**b)** Sous l'angle psychique, le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé initialement que le recourant était tendu et anxieux et qu'une évaluation psychiatrique s'imposait (avis du 13 novembre 2009). Se fondant sur un consilium psychiatrique du 16 décembre 2009, les spécialistes de la Clinique P.\_\_\_\_\_ ont retenu de leur côté que l'assuré ne présentait pas de troubles psychiques mais des croyances erronées et des anticipations anxieuses (rapport de sortie du 29 janvier 2010). Par la suite, le Dr H.\_\_\_\_\_ a insisté sur le fait que la douleur du recourant était d'ordre psychique et que, pour l'intéressé, la reprise de son travail pourrait interférer avec le bon fonctionnement de son stimulateur en raison des champs magnétiques auxquels il serait parfois confronté (rapport du 11 juin 2010). Ultérieurement, le Dr W.\_\_\_\_\_ a souligné que l'assuré était terriblement anxieux et avait tendance à sur-interpréter, de manière totalement erronée, tout ce qu'il ressentait (avis du 16 décembre 2010). Près d'un an plus tard, après avoir procédé à des tests médicaux, le Dr C.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une légère dépression ainsi qu'une grave dégradation de la vie quotidienne de l'assuré en raison de ses douleurs, le score de catastrophisation indiquant une très forte «*Coping-Problematik*» (rapport du 23 décembre 2011) - notion traduite par «*problématique de prise en charge*» dans la version française du rapport produite par le recourant, et par «*stratégie d'ajustement*» ou «*stratégie de coping*» par l'intimée.

De ces éléments, il résulte que les avis médicaux concernant l'état de santé psychique du recourant sont également sujets à controverse. En effet, si les spécialistes de la Clinique P.\_\_\_\_\_ ont certes retenu l'absence d'atteinte psychiatrique significative, on ne saurait toutefois ignorer que l'importante anxiété de l'assuré a été soulignée à plusieurs reprises par le Dr W.\_\_\_\_\_ et que tant le Dr H.\_\_\_\_\_ que le Prof. C.\_\_\_\_\_ ont quant à eux considéré que l'intéressé présentait des troubles psychiques, ce dernier médecin ayant basé son analyse sur des tests médicaux réputés objectifs. On relèvera toutefois que, dans le présent contexte, le rapport d'expertise psychiatrique du 25 janvier 2013 des Drs F.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ n'est d'aucun secours puisqu'il a été établi dans le cadre de la procédure d'assurance-invalidité, de sorte qu'il ne se prononce pas sur un éventuel rapport de causalité entre les troubles dont il fait mention et l'accident du 7 juin 2009.

Force est de constater, par conséquent, que l'examen des pièces médicales en mains du Tribunal ne permet pas d'exclure l'existence de troubles psychiques, le cas échéant consécutifs à l'événement accidentel du 7 juin 2009. Pour ce motif, on ne saurait à plus forte raison se rallier à la décision litigieuse.

**c)** A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, les avis médicaux recueillis ne permettent pas de se déterminer clairement quant à la nature, l'étiologie et l'impact des atteintes dont souffre le recourant. A défaut de disposer des éléments nécessaires à l'examen du droit aux prestations litigieuses, la Cour de céans n'est donc pas en mesure de trancher la présente affaire à satisfaction de droit.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en

va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction aux plans somatique et psychiatrique, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète en ce qui concerne les séquelles de l'accident du 7 juin 2009. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA - à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (comportant à tout le moins un volet neurologique et un volet psychiatrique) au sens de l'art. 44 LPGA, puis de statuer à nouveau sur le droit aux indemnités journalières et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**c)** Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par le recourant. De même, il n'y

a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par ce dernier.

**7. a)** En conclusion, le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD).

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LGPA; art. 55 al. 1 LPA-VD), à savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables de son conseil (art. 7 al. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, au regard de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 3'000 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 7 al. 3 TFJAS),

Le recourant a par ailleurs été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur

du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ) –, Me Habib Tabet, conseil du recourant, a produit en date du 2 octobre 2013 une liste de ses opérations, dont il ressort que pour la période courant du 12 octobre 2011 au 24 juillet 2013, il a consacré 42 heures et 5 minutes à la défense des intérêts de son client, le montant de ses débours étant de 227 fr. 50, ce qui paraît excessif au regard des besoins de la cause.

On relèvera en particulier que la liste produite comprend un échange de correspondances entre l'avocat et [...] ainsi qu'un entretien téléphonique avec un centre social régional, qui ne relèvent manifestement pas d'opérations nécessaires à la présente procédure. Il apparaît en outre que, selon la liste susdite, les actes de procédure effectués par Me Tabet ont consisté, outre l'établissement de la liste d'opérations et débours, en une demande d'assistance judiciaire, un mémoire de recours de dix-neuf pages (avec une lettre d'accompagnement et un bordereau de dix-sept pièces), une réplique de sept pages (avec une lettre d'accompagnement et avec un bordereau de trois pièces), quelque sept correspondances, dont certaines avec annexes, et trois demandes de prolongation de délai. Cela étant, même en tenant compte du degré de complexité de la présente affaire, on voit mal ce qui a pu nécessiter – en moins de deux ans – les plus de septante échanges téléphoniques, épistolaires ou électroniques entre l'avocat et son client ainsi que les vingt-cinq "suivis du dossier" et "points de la situation", évoqués dans la liste des opérations en plus des cinq entretiens avec le recourant. A cela s'ajoute que le temps dédié à la rédaction du mémoire de recours, soit sept heures auxquelles s'ajoutent une heure et quarante-cinq minutes de recherches juridiques, paraît lui aussi excessif au regard des éléments développés dans ces écritures.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que la liste des opérations produite ne répond pas aux différents paramètres régissant la fixation de l'indemnité de l'avocat d'office (art. 2 al. 1 RAJ). Afin de rapporter ces heures dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires en l'espèce, le temps total consacré doit

être réduit à 25 heures. Sur cette base, il y a lieu d'allouer un montant total d'honoraires de 4'860 fr. pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause (soit 25 heures de travail au tarif de 180 fr. de l'heure pour un avocat [art. 2 al. 1 let. a RA]), TVA de 8% comprise. A cela s'ajoutent les débours arrêtés à 227 fr. 50, auxquels il convient d'ajouter 18 fr. 20 de TVA. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 5'105 fr. 70 (TVA de 8 % comprise).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 11 octobre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause étant renvoyée à la Caisse pour complément d'instruction et nouvelle décision.
  
- III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à Q. \_\_\_\_\_ le montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.
  
- IV. L'indemnité d'office de Me Tabet, conseil du recourant, est arrêtée à 5'105 fr. 70 (cinq mille cent cinq francs et septante centimes).
  
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.
  
- IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Habib Tabet (pour Q.\_\_\_\_\_),
- 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 :