

COUR D'APPEL CIVILE

Arrêt du 13 août 2024

Composition : Mme CRITTIN DAYEN, présidente
M. Hack et Mme Giroud Walther, juges
Greffière : Mme Cottier

Art. 8 CC, 47 et 328 CO ; 311 al. 1 CPC

Statuant sur l'appel interjeté par **T.**_____, à [...], demandeur, contre le jugement rendu le 1^{er} juin 2023 par la Chambre patrimoniale cantonale dans la cause divisant l'appelant d'avec **S.**_____, à [...], défenderesse, la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal considère :

En fait :

A. Par jugement du 1^{er} juin 2023, la Chambre patrimoniale cantonale (ci-après : les premiers juges) a rejeté les conclusions prises par T._____ contre S._____ selon demande du 30 août 2018, telles que formulées dans ses plaidoiries écrites du 13 février 2023 (I), a provisoirement laissé à la charge de l'Etat pour T._____, bénéficiaire de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires de la procédure au fond, par 28'712 fr. 75, et de la procédure de conciliation, par 1'200 fr. (II et III), a rappelé la teneur de l'art. 123 CPC (IV), a dit que T._____ devait verser à S._____ la somme de 31'500 fr. à titre de dépens (V) et a rejeté toutes autres ou plus amples conclusions (VI).

En droit, les premiers juges ont considéré que l'accident subi par l'employé T._____ sur son lieu de travail était imprévisible et que l'employeur S._____ n'en répondait pas. Il en résultait que le licenciement donné en raison de l'incapacité de travail perdurant au-delà de la période de protection prévue par l'art. 336c CO n'était pas abusif. Par surabondance, les premiers juges ont relevé que l'employé n'avait pas allégué ni établi son dommage. De même, l'employé n'avait pas exposé en quoi il se justifiait de réserver une révision du jugement en application de l'art. 46 al. 2 CO. Partant, les premiers juges ont retenu que T._____ avait échoué à faire valoir ses prétentions.

B. Par acte du 29 septembre 2023, T._____ (ci-après : l'appelant) a interjeté appel contre le jugement précité en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que S._____ (ci-après : l'intimée) soit condamnée à lui verser un montant de 100'000 fr. à titre de tort moral, avec intérêts à 5 % l'an depuis le 7 juin 2009. Il a également requis l'assistance judiciaire.

L'intimée n'a pas été invitée à déposer de réponse.

Par avis du 7 décembre 2023, la Juge déléguée de la Cour d'appel civile a informé les parties que la cause était gardée à juger, qu'il n'y aurait pas d'autre échange d'écritures et qu'aucun fait ou moyen de preuve nouveau ne serait pris en compte.

C. La Cour d'appel civile retient les faits pertinents suivants, sur la base du jugement complété par les pièces du dossier :

1. **a)** L'intimée S. _____ est une société anonyme, dont le siège est à [...] et dont le but est la « fabrication, vente et distribution de tout produit, essentiellement alimentaire, diététique, pharmaceutique, médical, cosmétique et hygiénique ; elle peut, sous n'importe quelle forme, principalement sur le marché suisse, fournir tout service et déployer toute activité, en particulier dans le domaine de l'alimentation humaine et animale, de la diététique, des soins aux nourrissons, de l'éducation, de la publicité, de la restauration, des produits pharmaceutiques, médicaux, cosmétiques et hygiéniques ».

b) Par contrat de travail du 15 décembre 1999, l'intimée a engagé l'appelant en qualité de mécanicien-électricien de surveillance à partir du 1^{er} janvier 2000.

L'intimée assure l'ensemble de ses employés pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

2. En 2003, l'intimée a développé en interne le VAX, soit une installation pour retirer les arômes du café par injection de vapeur dans un récipient conique préalablement mis sous vide. Le nettoyage du récipient s'effectue selon le procédé CIP, qui est un nettoyage automatique sans démonter les parties de l'installation, de l'eau de rinçage et le détergent (généralement de la soude caustique) circulant dans les installations, les cuves et les conduites. L'étanchéité du VAX est garantie par un joint, qui

doit être détendu par une poignée qui se trouve sur le bouchon. Le bouchon est fixé par huit vis.

L'appelant connaissait parfaitement bien le VAX et son utilisation. Il a notamment suivi une formation interne LOTO (« *Lock Out Tag Out* » ; LOTO est un système de consignation, de verrouillage et d'identification) en 2005, en plusieurs fois.

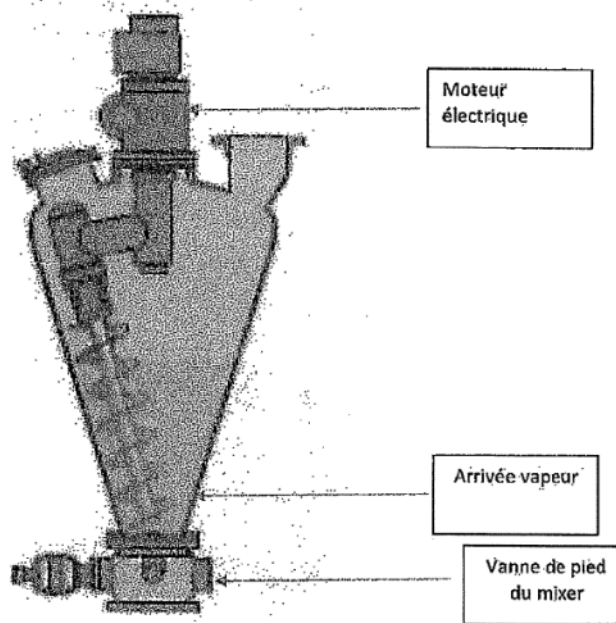
3. a) Le 7 juin 2009, l'appelant a subi un accident sur son lieu de travail.

Lorsque l'opérateur V._____ a reçu l'ordre de lancer la production, il a réalisé que le VAX n'était pas prêt. Il a alors contacté G._____, mécanicien, qui lui a répondu qu'il arriverait dans dix minutes. L'opérateur a donc appelé un autre mécanicien, soit l'appelant, pour intervenir sur le VAX et démonter les bouchons. L'appelant a commencé son intervention. G._____ l'a rejoint plus tard. Alors qu'il était occupé à dévisser le bouchon métallique de la machine, l'appelant a été heurté au thorax par ledit bouchon et projeté en arrière sur plusieurs mètres.

Selon un document intitulé « S._____ Fabrique [...] - Accident M. T._____ du 7.6.2009, Déroulement et causes de l'accident », établi le 11 janvier 2019 par A.B._____ et A.C._____, l'accident s'est déroulé comme suit :

« Procédure à respecter par opérateur et mécanicien pour préparer l'installation pour le nettoyage :

1. Arrêter moteur électrique
2. Fermer l'arrivée de la vapeur



3. Démontage des filtres de vapeur.

L'opérateur aidé des mécaniciens retire les filtres de vapeur et les remplace par des bouchons pour fermer complètement le récipient.

Déroulement de l'accident :

Le jour de l'accident, le mixer est resté en arrêt après le nettoyage (normalement on continue tout de suite la production). Mais au lieu d'être en arrêt complet et sous pression atmosphérique, il est resté en mode pré-production. Les vannes sont donc restées fermées, l'installation restait étanche, et il y avait une pression résiduelle dans l'installation.

L'installation est restée dans cette position pendant plusieurs heures (env. 10 heures).

Pendant cet arrêt, la pression dans le récipient est montée progressivement à cause de la vanne de pied du mixer qui présentait une légère fuite. Cette fuite n'était pas connue à ce moment car elle n'avait aucune incidence sur la production, et aucune anomalie n'a été détectée avant l'accident.

Une nouvelle équipe doit remettre l'installation en marche. L'opérateur appelle deux mécaniciens pour retirer les bouchons et remettre les filtres de vapeur. M. T. _____ est intervenu et en enlevant le bouchon qui était donc sous pression il a subi l'accident.

Causes de l'accident :

addition de trois éléments inhabituels : arrêt en mode pré-production
longueur inhabituelle de l'arrêt
fuite de la vanne ».

Selon l'expert judiciaire, B.C. _____, la description des faits par les opérateurs présents au moment de l'accident et validée par les responsables est tout à fait plausible et aucune incohérence n'est signalée ou constatée.

Les mesures commandées par l'expérience, applicables en juin 2009, en l'état de la technique, ont été prises. L'expert a confirmé que les mesures qui ont été prises étaient adaptées aux conditions de l'exploitation.

b) Chaque employé qui intervient sur une machine doit s'assurer de la mise en sécurité, règle capitale que l'appelant connaissait bien et qu'il appliquait quotidiennement.

Le niveau de pression n'était pas indiqué directement sur le VAX, mais était visible sur un écran en salle de contrôle, située sur un autre étage que le VAX. L'opérateur de production, présent en salle de contrôle, pouvait connaître la pression exercée dans le VAX depuis son poste de travail. Les mécaniciens avaient accès à la salle de contrôle. Ils pouvaient donc demander à l'opérateur en poste la valeur de la pression et même utiliser les écrans pour visualiser certains paramètres. L'appelant a déclaré qu'il lui semblait avoir demandé si tout était « ok » pour faire le travail et que l'opérateur, soit V._____, lui avait répondu que la machine était arrêtée depuis huit jours, précisant qu'il lui [réd. : à l'appelant] incombait également de vérifier et que rien n'avait attiré son attention dans la salle des opérations.

En principe, il n'existait pas de délégation en matière de sécurité, chacun devant vérifier par lui-même. Le témoin G._____ a déclaré que s'il était vrai qu'il était toujours mieux d'aller vérifier soi-même, dans le quotidien du travail, s'ils demandaient à un collègue si la vérification avait été faite et que ce collègue leur répondait par l'affirmative, ils faisaient confiance. Il a précisé que cela dépendait encore des circonstances et qu'il pouvait, en fonction des risques, lui arriver d'aller encore vérifier par lui-même.

c) A la question de savoir si l'appelant devait vérifier que la pression avait été libérée par l'équipe précédente et s'assurer par lui-même de la mise en sécurité de l'installation avant l'intervention en suivant la procédure LOTO, l'expert a répondu que les documents internes

relevaient que l'appelant avait suivi la formation LOTO adéquate en date du 20 septembre 2005 et que lors de cette formation, il était relevé avec vigueur l'obligation de supprimer toutes les énergies (électricité - pression - masse - etc.) avant toute intervention humaine sur un équipement.

L'expert a confirmé qu'il incombait à l'appelant de suivre la procédure et de s'assurer que tous les points avaient été exécutés. Il a précisé qu'en matière de sécurité sur des installations sensibles et/ou potentiellement dangereuses et dans l'application stricte de la procédure LOTO, il ne fallait pas faire confiance à autrui, mais vérifier soi-même les conditions-cadres sécuritaires.

L'expert a confirmé que l'appelant devait à tout le moins procéder à un LOTO, soit faire en sorte de mettre en sécurité l'appareil, en coulant les énergies, y compris les éventuelles énergies résiduelles, et qu'en respectant cette procédure LOTO, la pression dans le VAX aurait été détectée.

A la question de savoir si l'appelant avait violé la procédure mise en place, l'expert a répondu que si l'installation avait été préalablement consignée, il s'agirait d'une erreur de l'opérateur, mais que l'installation n'ayant pas été consignée, l'appelant avait agi sous la pression du temps et de l'habitude des travaux récurrents, comme de très nombreux collaborateurs, dans la pratique de tous les jours.

Quant à savoir si l'appelant aurait pu et dû vérifier la valeur de la pression, l'expert a relevé que les informations étaient disponibles uniquement sur l'écran de contrôle, mais que, s'agissant d'un cas quasi improbable (fuite d'un joint) et non envisagé dans le process, le problème n'avait pas été identifié et aucune alarme n'était programmée pour cet état de fait. Il a confirmé que l'appelant était en mesure et devait constater une valeur supérieure à la normale, avant de débiter le démontage, mais que la routine avait assurément pris le dessus en présence d'une défektivité technique mineure et quasi improbable.

d) L'expert a confirmé que l'accident avait été causé par une mise en pression du VAX due à une fuite au niveau du joint gonflable d'une vanne et au fait que l'installation avait été mise en mode CIP (montage des tampons), mais qu'aucun CIP n'avait été lancé, et que c'était la raison pour laquelle l'installation était restée en stand-by et étanche de nombreuses heures, la légère fuite au niveau de la vanne ayant fait monter la pression dans le mixer. Il a confirmé que si le CIP avait été lancé et le démontage des tampons réalisé par la suite, il n'y aurait pas eu d'augmentation de pression dans le mixer. L'expert a également confirmé que ce sont deux facteurs inhabituels, à savoir le temps d'attente inhabituellement long en mode pré-production de l'installation, sans que celle-ci n'ait été complètement arrêtée, et la fuite pneumatique sur un joint, qui ont conduit à une pression dans l'installation, éjectant le bouchon contre l'appelant lors de l'intervention. Il a expliqué qu'avec un temps d'attente réduit, l'augmentation de pression dans le VAX aurait été moindre, voire insignifiante, et que sans fuite pneumatique sur le joint, il ne se serait rien passé, tout comme si l'installation avait été mise en mode « nettoyage-CIP ». L'expert a relevé qu'en fonction des diagrammes de charge observés, tout laissait à penser qu'un nouveau cycle devait redémarrer immédiatement, mais que l'installation était restée en mode opératoire, sans mise hors service et consignation, peut-être en raison d'un imprévu de production. Il a précisé que l'arrêt formel avait été enregistré le 6 juin 2009 à 12h28 et que l'accident s'était produit le 7 juin 2009 vers 8h22 et qu'après l'accident, le process avait redémarré le 7 juin 2009 à 10h42. Concernant la fuite, il a relevé que la pression qui avait augmenté dans le mélangeur ne pouvait provenir que d'une source pneumatique extérieure et que l'augmentation régulière constatée sur le diagramme de pression correspondait tout à fait à un joint abîmé.

L'expert a confirmé que la fuite n'était pas suffisamment importante pour être détectée lors du fonctionnement normal de l'installation et qu'elle n'avait pas affecté le fonctionnement de l'installation. Il a expliqué qu'en fonction du temps de cycle et des opérations se déroulant dans le mélangeur (chargement - déchargement - action de la température - etc.), cette fuite n'était pas détectable et

n'influçait pas le process. Il a indiqué que cette fuite était très minime et n'avait aucune influence sur le fonctionnement normal du mélangeur et le process de fabrication. Il a ajouté que la rapidité du process et le temps de cycle (durée de traitement du produit) n'étaient pas assez longs pour observer ce phénomène de mise en pression.

Selon l'expert, pris isolément, aucun de ces deux facteurs ne pouvait conduire à un tel accident, seule l'addition simultanée de ces deux facteurs pouvant augmenter la pression. Il a toutefois précisé que d'autres facteurs physiques auraient pu également faire augmenter la pression, comme par exemple un échauffement de la cuve par de la vapeur.

A la question de savoir si une circonstance aussi rare (cumul de deux problèmes) pouvait ou non être détectée par les responsables de l'installation, l'expert a répondu que l'informatique de pilotage du mélangeur n'avait pas été développée et paramétrée pour analyser et détecter ce problème spécifique et que la lecture de l'écran de contrôle donnait connaissance de la pression en temps réel à l'intérieur du mélangeur, mais qu'aucune alarme active n'était associée à cette information.

Selon l'expert, l'accident du 7 juin 2009 résulte d'un cumul d'éléments qui, pris individuellement, ne sont pas spécifiquement dangereux et ne devraient pas porter atteinte à la sécurité et la santé des opérateurs.

4. Un « compte rendu réunion encadrement » du 10 juin 2009 de l'intimée mentionne notamment ce qui suit :

« **Sécurité :**

[...], 1 accident le 7 juin, blessure au thorax (1 semaine d'arrêt) :

Lors de la mise en place des filtres VAX, un opérateur a été projeté à terre, le bouchon qu'il d vissait ayant été projeté sur son thorax en raison de la pression qui restait dans le filtre. Après avoir été soigné par le samaritain, il a été emmené à l'hôpital pour un contrôle.

Le résultat de l'arbre des causes qui va être établi vous sera communiqué. Une bonne analyse de l'accident a permis d'identifier un problème technique pour lequel des mesures correctives ont été appliquées. ».

L'« arbre des causes, suite à l'accident avec arrêt de travail du 7 juin 2009 », réalisé le 16 juin 2009 par l'intimée, a notamment la teneur suivante :

- « I. Listing des faits
- 1. CIP vapeur sur le CAD du VAX était terminée au moment de l'accident
- 2. L'installation VAX était arrêtée
- 3. A l'écran, les éléments de sécurité étaient activés
- 4. Vannes d'alimentation vapeur fermées en manuel
- 5. Vanne de purge vapeur ouverte en manuel
- 6. Moteurs de Vis et de Bras arrêtés en manuel
- 7. LOTO n'est pas fait
- 8. Vannes manuelles de purge vapeur non ouvertes
- 9. Vanne manuelle d'air comprimé ouverte : sécurité de verrouillage de la vanne vapeur
- 10. M. V._____, M. G._____, et M. T._____ arrivent sur place et commencent le démontage des bouchons
- 11. M. T._____ est le premier à terminer le desserrage des écrous
- 12. Il n'y a pas de procédure existante pour dévisser les bouchons
- 13. La Vis centrale (presse o-ring) était fermée
- 14. Il n'y a pas de procédure pour mettre en place les bouchons
- 15. Le Mixer VAX est sous pression de 400mBar de manière anormale
- 16. Le bouchon est projeté par la pression d'air
- 17. M. T._____ est face au bouchon
- 18. Il reçoit le bouchon sur le thorax
- 19. M. T._____ est projeté en l'air sur plusieurs mètres sous le choc
- 20. Le démontage des bouchons du VAX se fait toutes les 2 semaines
- 21. M. T._____ avait déjà effectué cette intervention
- 22. L'intervention s'est fait en début d'activité
- 23. Il y a environ 12 h entre la mise en place des bouchons et le démontage
- 24. La procédure existante n'a pas été consultée avant l'intervention
- 25. L'intervention a été réalisée dans le stress par les 2 mécanos
- 26. Il n'y a pas de consultation avant l'intervention entre les 3 personnes
- 27. La procédure existante ne tient pas compte de la possibilité d'avoir de la pression dans le Mixer VAX
- 28. L'intervenant n'a pas revérifié personnellement la mise en sécurité de l'installation
- 29. M. T._____ et les 2 autres interviennent pour remettre les filtres
- 30. Les filtres de la vanne de mise à l'atmosphère du VAX étaient bouchés
- 31. Il n'y a pas de programme de configuration automatique CIP
- 32. La mise à l'atmosphère automatique n'a pas fonctionné ».

Un « compte rendu réunion encadrement » du 17 juin 2009 de l'intimée mentionne notamment ce qui suit :

« **Sécurité :**

Accident NCH du 7.06

L'arbre des causes a été constitué et le plan d'actions mis en place. Les causes de cet accident sont dues en partie à la procédure de l'installation et au comportement.

La procédure actuelle ne tient pas compte de la possibilité d'avoir de la pression dans le mixer VAX et l'intervenant n'a pas revérifié personnellement la mise en sécurité de l'installation. ».

5. Suite à l'accident de l'appelant, la procédure a été modifiée pour tenir compte de ce risque (problème de pression) jusqu'alors inconnu et des mesures techniques correctrices ont été prises. Ainsi, la nouvelle procédure contient notamment des contrôles à effectuer avant la manutention s'agissant de la présence possible de pression. En outre, les responsables des processus ont amélioré le libellé du processus.

6. a) Après l'accident du 7 juin 2009, l'appelant a alterné les périodes d'incapacité de travail totale et partielle.

b) Entre juin 2009 et avril 2012, l'intimée a versé chaque mois à l'appelant un salaire de base de 5'668 fr., auquel étaient ajoutés, certains mois, des suppléments de salaire tels que prime d'équipe et bonus, de montants variables, ainsi que le treizième salaire des années 2009, 2010 et 2011. Une somme de 2'009 fr. 70 a en outre été versée à l'appelant au mois de février 2010 pour des heures supplémentaires.

Selon le certificat de salaire pour l'année 2011, l'appelant a perçu un montant annuel brut de 84'940 fr., bonus compris, soit un montant annuel net de 77'457 francs.

7. L'accident subi par l'appelant ne lui a pas causé de fracture, mais une contusion locale au thorax, une contusion/bursite post-traumatique du coude gauche et une entorse de l'IPP du 5^{ème} doigt de la main droite.

8. L'appelant a été examiné le 13 novembre 2009 par le Dr H. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA. 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. Il a également constaté que l'intéressé était « manifestement tendu et anxieux ». Il a préconisé un séjour à la Clinique

romande de réadaptation (ci-après : CRR), en précisant qu'il était « clair qu'une évaluation psychiatrique s'impos[ait] ».

9. Dans un courrier du 22 décembre 2009 adressé au Dr Burrus de la CRR, le Dr R._____ a notamment indiqué ce qui suit au sujet de l'appelant :

« Les bandes transversales d'hypercaptation au niveau du sternum sont compatibles avec un status après lésions traumatiques, probablement fractures non déplacées et actuellement sans consolidation complète du point de vue métabolique. ».

10. En raison de la persistance des douleurs thoraciques ainsi que d'une dyspnée, l'appelant a été adressé par son médecin traitant au Dr J._____, 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 J._____ a proposé des injections locales de Carbostésine susceptibles d'améliorer la situation respiratoire et de permettre la reprise d'une activité professionnelle normale.

11. Le 11 mai 2010, l'appelant a déposé une demande de prestations auprès de l'Office AI Vaud (ci-après : OAI).

12. Dans un rapport du 11 juin 2010 destiné à l'OAI, le Dr M._____ a insisté sur le fait que la douleur de l'appelant 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 M._____ a également souligné que l'appelant consultait « à tout va, dans toutes les directions » et qu'une infiltration-test allait avoir lieu prochainement.

13. Dans un rapport du 25 juin 2010, le Prof. D._____, spécialiste en anesthésiologie, a indiqué que l'appelant avait été vu en consultation pour la première fois le 21 avril 2010 et a exposé notamment 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. ».

14. Dans un avis médical du 22 juillet 2010, le Dr L. _____ et le Dr A.W. _____, médecins du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), ont relevé notamment ce qui suit :

« Son médecin traitant en date du 11 juillet 2010, nous fait part de ses suspicions de tourisme médical et d'addiction au Tramadol. Actuellement l'assuré a une CT de 30 % dans une activité plus légère chez son même employeur. Selon son médecin traitant les limitations fonctionnelles sont secondaires aux douleurs ressentis (sic) comme intolérables par le patient.

Il s'agit d'un cas commun avec la SUVA.

Le 21.07.2010 j'ai pu contacter le Dr H. _____, médecin d'arrondissement, qui m'a communiqué que pour lui le cas il (sic) n'est pas encore clos, faute d'un examen clinique fait par lui-même, qui aura lieu en septembre. »

15. Le 3 septembre 2010, l'appelant s'est fait poser un implant médullaire.

16. Par rapport intermédiaire du 6 octobre 2010, le Prof. D. _____ a posé le diagnostic de lésion post-traumatique des nerfs intercostaux avec neuropathie chronique et CRPS (« *complex regional pain syndrome* »). Il a confirmé qu'en date du 3 septembre 2010, l'appelant

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. Puis, 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'appelant. Quant aux douleurs provenant des structures musculo-squelettiques, elles n'étaient couvertes que par la prise de Tramal. Le Prof. [...] a ajouté que la lésion neuropathique de l'appelant 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.

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

« DECLARATION 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. [...] 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 [...]

[...]

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. »

18. a) L'appelant a été examiné le 18 avril 2011 par le Dr J.-P. N. _____, 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 :

« APPRECIATION DU CAS :

[...]

Au terme du présent bilan, j'estime n'avoir pas fait la preuve d'une atteinte neurologique significative associée aux douleurs post-traumatiques 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. T. _____, 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. ».

b) Prenant position le 4 mai 2011, le Dr H. _____ 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 D. _____.

Quant au Dr N. _____ qui a examiné le patient le 18.4.2011, il estime ne pas avoir fait la preuve d'une atteinte neurologique significative chez M. T. _____.

Pour ma part, je suis toujours d'avis que le violent traumatisme thoracique que le patient a subi a pu rendre douloureuse des articulations sternocostales 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. ».

19. Lors d'un entretien téléphonique du 9 juin 2011, la SUVA a demandé à A.D._____, représentant auprès de la société [...], s'il y avait une contre-indication à ce que l'appelant reprenne son activité de mécanicien-électricien, sachant qu'il portait un stimulateur de type Restore, rechargeable. A.D._____ 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.

20. Dans un avis médical du 23 juin 2011, le Dr L._____, du SMR, a relevé notamment ce qui suit :

« Dans son dernier rapport du 04.05.2011, le médecin d'arrondissement conclu (sic) à qu'il (sic) n'y a pas de séquelles identifiables de l'accident. a (sic) deux ans de l'accident le statu quo sine est atteint.

Selon la SUVA, déjà le 25.01.2010 l'assuré avait une CT de 30% dans son activité habituelle.

L'assuré commencera une reprise progressive après réunion SUVA, AI le 27.06.

Actuellement il ne doit pas avoir les LF.

Pas de mesures. »

21. Par décision du 29 juin 2011, la SUVA a informé l'appelant qu'elle lui reconnaissait, dans son activité habituelle, une capacité de travail de 50 % dès le 4 juillet 2011, respectivement de 100 % à partir du 18 juillet 2011. Dans une autre décision du 4 juillet 2011, elle lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Le 11 octobre 2011, elle a écarté les oppositions formées contre ces deux décisions. L'appelant a recouru contre cette décision du 11 octobre 2011.

22. Le 20 juillet 2011, l'OAI a adressé à l'appelant un projet d'acceptation de rente, indiquant que rien ne s'opposait à une reprise du travail à 50 % dès le 4 juillet 2011 et à 100 % dès le 18 juillet 2011, et qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dans l'intervalle à compter du 1^{er} novembre 2010.

23. Par certificat médical du 16 novembre 2011, le Dr A._____, médecin généraliste, a indiqué que l'appelant « souffre d'un syndrome

douloureux invalidant suite à un accident au travail avec compression thoracique violente. Malgré un traitement intense et pluridisciplinaire, M. T._____ reste fortement symptomatique avec un syndrome douloureux chronique nécessitant un traitement médicamenteux à haute dose. La situation actuelle entraîne (sic) une diminution sérieuse de sa qualité de vie ainsi qu'une incapacité de travail totale dans le métier de mécanicien-électricien ».

24. Le 23 décembre 2011, le Prof. K._____ a établi, à la demande du Prof. D._____, un rapport rédigé en allemand, dont la teneur de sa traduction est notamment la suivante :

« **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. T._____. ».

25. Un certificat médical du Dr A._____ du 9 janvier 2012 fait état d'une incapacité de travail d'une durée probable de 4 mois.

26. Dans un compte-rendu du 11 janvier 2012, le Prof. D._____ considère que les résultats des examens complémentaires effectués par le Prof. K._____ 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 ».

27. a) Le 16 janvier 2012, l'intimée a adressé à l'appelant un courrier recommandé, dont la teneur est notamment la suivante :

« Le rapport de la SUVA établit (sic) par des experts au mois de juin de l'année passée stipule une reprise à 100% et sans contrainte au niveau du travail équipe (sic) en lien avec votre accident du 7 juin 2009. De plus, l'Office AI a refusé une entrée en matière en lien avec le rapport de la SUVA. Nous avons pris en charge votre salaire ainsi que vos indemnités en équipe de juin 2009 à ce jour.

Nous avons pris la décision de mettre un terme à votre contrat de travail pour le 30 avril 2012 (3 mois de préavis) et vous confirmons par la présente que nous vous libérons de suite de votre obligation de travailler. »

Interrogée comme partie, C._____, *senior legal counsel* chez l'intimée, a expliqué qu'ils avaient l'information de la SUVA que l'appelant pouvait reprendre le travail, alors que son médecin généraliste l'avait arrêté à 100 %. Elle a ajouté que l'intimée continuait à verser un plein salaire à l'appelant alors qu'il ne travaillait pas, qu'il leur fallait également trouver une solution pour le remplacer dans l'équipe de production et que, comme le délai de protection était échu, il n'y avait pas d'autre solution que de le licencier.

b) Par courrier du 2 février 2012 adressé à l'intimée, l'appelant a contesté son licenciement.

c) Par courrier du 13 février 2012, l'intimée a confirmé à l'appelant qu'elle maintenait sa décision de licenciement pour le 30 avril 2012.

28. Par certificat médical du 28 février 2012, le Dr A._____ a attesté que l'appelant était incapable de travailler dès le 1^{er} novembre 2011, pour une durée indéterminée.

29. Le 20 mars 2012, le conseil de l'appelant a adressé à l'intimée un courrier, confirmant son opposition à la résiliation.

30. Après la contestation de l'appelant, l'OAI a estimé qu'elle ne pouvait pas attendre les nombreux mois que durerait la procédure de la SUVA devant le Tribunal cantonal vaudois et a alors recommandé de consulter le SMR. Le Dr A.W._____, du SMR, a rendu un avis médical le 30 mars 2012, indiquant notamment ce qui suit :

- « 1) analyse des rapports du Prof D._____ et du Prof K._____ : 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 claires, est décrit par plusieurs médecins différents comme « tendu et anxieux » ; le Prof. K._____ 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. ».

31. Le 5 juin 2012, le conseil de l'intimée a adressé au conseil de l'appelant un courrier, dont la teneur est notamment la suivante :

« Après avoir évoqué de manière approfondie la situation de M. T. _____ avec les responsables de S. _____, je vous informe de sa prise de position :

- Sur le plan du droit du travail :

Ma mandante conteste que la résiliation du contrat de travail de votre client ait été abusive. Il est faux de prétendre qu'elle serait liée au fait que M. T. _____ faisait valablement valoir ses droits. D'une part, l'accident subi par M. T. _____ n'a jamais donné lieu avant votre courrier du 20 mars 2012 à une quelconque réclamation de M. T. _____ à titre de responsabilité civile et, d'autre part, S. _____ a pleinement rempli les obligations qui lui incombaient en qualité d'employeur. Plus encore, S. _____ a payé l'intégralité du revenu de M. T. _____ en incluant, à bien plaisir, tant les primes d'équipe que le bonus d'entreprise et les vacances dues au prorata en 2012. Votre mandant n'a jamais dû réclamer des prestations salariales puisqu'il en a bénéficié régulièrement et même au-delà de ce qui lui était contractuellement dû. A noter que S. _____ a poursuivi ses versements malgré le fait que la SUVA avait mis fin aux indemnités journalières versées à M. T. _____, considérant celui-ci capable de reprendre son emploi à 100% depuis le 18 juillet 2011.

- Sur le plan de la responsabilité civile :

S. _____ conteste l'analyse que votre client donne de l'accident par votre courrier du 20 mars 2012. Cet accident est imputable à la négligence de M. T. _____ lors de l'utilisation du vax. En effet, celui-ci a négligé de mettre en sécurité l'installation, conformément aux directives qu'il connaissait, et qui avaient été communiquées à l'ensemble du personnel. M. T. _____ n'a en effet pas contrôlé le LOTO avant d'agir, mesure de sécurité qui lui incombait. Je précise qu'il n'y a eu ni procédure pénale engagée à la suite de cet événement ni recours de la SUVA à l'encontre de l'employeur, précisément parce qu'il s'agissait d'un accident, évidemment fort regrettable, mais dont la responsabilité ne saurait être imputée à S. _____ . ».

32. a) L'OAI a estimé qu'il n'était pas possible de se coordonner avec le Tribunal cantonal pour décider d'une expertise et que, d'autre part, il n'était pas certain qu'une éventuelle atteinte psychiatrique soit du ressort de l'assurance-accidents et qu'on se trouve ainsi dans un cas commun avec la SUVA. Il a donc décidé de retourner le dossier au SMR pour désignation des experts.

b) Dans un avis médical du 22 mai 2012, le Dr B. _____ et le Dr G.G. _____, du SMR, indiquent notamment ce qui suit :

« Le courrier du Dr D. _____ 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 (sic) 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 N. _____ 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 D. _____, 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 A.E. _____ soit écarté et propose le Prof. K. _____ (sic), chef de la division de la douleur et du département d'anesthésiologie de l'université de Berne.

Au moment de son avis SMR du 30.03.12, le Dr A.W. _____ évoquait une expertise neurologique et psychiatrique. ».

c) Sur recommandation des médecins du SMR, une expertise neurologique a finalement été confiée au Prof. F. _____ à la Clinique [...] à [...] et une expertise psychiatrique au Prof. Z. _____ de la Clinique [...] à [...].

33. Par décision RI du 19 juin 2012, l'appelant a bénéficié de prestations financières mensuelles de 2'289 fr. (soit 1'700 fr. de forfait + 589 fr. de loyer), dès le 1^{er} juin 2012.

34. a) Dans un rapport d'expertise du 13 novembre 2012 adressé à l'OAI, le Dr F. _____, neurologue, a notamment indiqué ce qui suit :

« A. Questions cliniques

[...]

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 vue (sic) 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 trouvailles du status, avec l'hypoesthésie restent de toute façon modérée (sic), 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, anamnestiquement.

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'assuré ?*

-.-.-

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.

3.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?*

Comme mentionné ci-dessus, sur le plan strictement neurologique organique, il n'y a pas de limitation significative de la capacité de travail.

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

Non. »

b) Dans un rapport du 25 janvier 2013, la Dre X. _____ et le Dr Q. _____, du [...], [...], ont notamment noté ce qui suit :

« **A. Questions cliniques**

[...]

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 A._____, 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 toxicomane 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 sérotoninergiques 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.

[...]

3. D'autres activités sont-elles envisageables de la part de l'expertisé/e ?

En ce moment, aucune activité n'est exigible. »

35. Dans un rapport SMR du 6 juin 2013, le Dr P. _____ a indiqué que, sur la base de l'expertise psychiatrique et d'un certificat médical du Dr G.G. _____ du 17 avril 2013, il convenait de retenir une incapacité de travail à 100 % dès la fin de l'indemnisation de la SUVA, soit en juillet 2011, avec une révision dans 12 mois.

36. Le 20 juin 2013, l'OAI a adressé à l'appelant un projet d'acceptation de rente, annulant et remplaçant le projet de décision du 20 juillet 2011, dans lequel il a indiqué admettre une incapacité de travail et de gain de 100 % dès le 7 juin 2009 et octroyer à l'appelant une rente entière d'invalidité (100 %) dès le 1^{er} novembre 2010, soit 6 mois après le dépôt de la demande.

Par décision du 4 septembre 2013, l'OAI Vaud a alloué à l'appelant une rente AI entière, avec effet au 1^{er} novembre 2010, d'un montant mensuel de 1'586 francs.

L'OAI a retenu notamment que, sur le plan somatique, une capacité de travail de 100 % pouvait être retenue dans l'exercice de l'activité habituelle dès juillet 2011, mais que dans leur rapport d'expertise du 25 janvier 2013, les experts indiquaient que l'atteinte à la santé psychique contre-indiquait l'exercice de toute activité professionnelle. Il a dès lors admis une incapacité de travail et de gain de 100 % dès le 7 juin 2009.

37. Selon courrier du 10 octobre 2013 du [...], l'appelant a été mis au bénéfice d'une pension temporaire d'invalidité à raison de 100 % dès le 1^{er} mai 2012, soit :

« **Prestations garanties jusqu'au 31.01.2027 (âge de vos 65 ans)**

o *Pension temporaire d'invalidité*

CHF 36'276 par an pour un degré d'invalidité de 100%
CHF 3'023 par mois, premier versement 29.10.2013

o *Prestations de l'Assurance Invalidité « AI »*

Les rentes qui vous sont versées directement par l'Assurance Invalidité (AI) s'ajoutent aux pensions de notre Fonds. A cet effet, nous vous informons que le droit à notre pension est lié au degré d'invalidité fixé par l'AI. Au cas où celle-ci révisé ce taux, nous devons en être informés dans les plus brefs délais afin de revoir la situation.

Prestations garanties à partir du 01.02.2027

o *Pension de retraite*

en lieu et place de la pension temporaire d'invalidité en paiement jusqu'au 31.01.2027 :

CHF 30'240 par an
CHF 2'520 par mois

Arriérés du 01.05.2012 au 30.09.2013

La garantie de salaire ayant été maintenue jusqu'au 30.04.2012, date de la fin des rapports de service, le montant des pensions dues rétroactivement est le suivant :

CHF 51'391 Arriérés pour la période du 01.05.2012 au 30.09.2013

(CHF 3'023 x 17 mois)

La compensation des arriérés n'étant pas encore finalisée entre les parties concernées, nous procéderons au calcul définitif des arriérés une fois la demande de restitution des avances reçue du [...]. »

38. Par jugement du 15 octobre 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a admis le recours de l'appelant contre la décision sur opposition de la SUVA du 11 octobre 2011, qu'elle a

annulée, et a renvoyé la cause à l'assureur-accidents pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. Ce jugement mentionne notamment ce qui suit :

« **En droit :**

[...]

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. ».

39. Le 28 novembre 2014, plusieurs médecins des HUG (soit : Dr A. A.H._____, médecin assistant-HUG ; Pr J.-M. D.A._____, médecin-consultant-HUG, FMH Neurologie ; Dr A.I._____, médecin indépendant-Genève, FMH Psychiatrie-psychothérapie ; Pr A.K._____, médecin chef de service-HUG, FMH Chirurgie thoracique ; Dr : A.M._____, médecin indépendant-Genève, FMH Rhumatologie) ont rendu un rapport d' « expertise interdisciplinaire neurologique, psychiatrique, rhumatologique et chirurgie thoracique », dont la teneur est notamment la suivante :

« **Sur le plan psychique**

[...]

Causalité

Autant qu'on sache, l'expertisé n'a pas souffert de troubles psychiques avant l'accident de 2009. Selon lui, les troubles psychiques ont clairement été déclenchés par l'accident. Il est très vraisemblable que sans l'accident l'expertisé n'aurait pas développé les troubles psychiques anxieux et dépressifs qui se sont manifestés chez lui dans les suites de l'accident. La relation de causalité doit donc être admise pour ces troubles. La relation de causalité doit toutefois être limitée dans le temps. [...] Dans le cas de l'expertisé, il n'y a eu ni état de stress post-traumatique ni atteinte cérébro-organique. On peut donc considérer que la relation de causalité naturelle entre l'accident et les suites psychiques a duré deux ans à partir de l'évènement accidentel. Etant donné les incertitudes et controverses qui ont entouré les traitements antalgiques, il nous paraît légitime de faire débuter le délai de deux ans au moment de la stabilisation des mesures thérapeutiques, soit en septembre 2010, date de la pose du neurostimulateur. Nous considérons donc que les troubles dépressifs (dysthymie) et anxieux (anxiété généralisée) ont été en relation de causalité naturelle avec l'accident de juin 2009 jusqu'à septembre 2012. Au-delà de cette date, la relation de causalité ne peut plus être reconnue. On doit supposer qu'il existe une vulnérabilité personnelle qui a dû contribuer, à côté des douleurs résiduelles et du caractère conflictuel de la procédure assécurologique, à la persistance de symptômes anxieux et dépressifs aussi durables et significatifs.

Pour ce qui est de la dépendance aux opiacés, selon toute vraisemblance elle ne serait pas non plus survenue sans l'accident. Tous les patients traités par opiacés n'en deviennent pas dépendants, mais le caractère addictif des opiacés est suffisamment prononcé en soi pour admettre qu'une prescription prolongée puisse induire une dépendance, indépendamment des facteurs de (sic) personnels qui ont pu conduire au maintien de symptômes dépressifs et anxieux. Une fois installée, l'addiction est bien ancrée et difficile. Nous considérons donc que la relation de causalité indirecte entre l'accident et la dépendance aux opiacés persiste actuellement, et tant que des opiacés seront prescrits.

Incapacité de travail en relation avec l'accident

A l'heure actuelle, les troubles dépressifs et anxieux ne sont plus en relation de causalité avec l'accident. Il n'y a donc pas lieu de retenir une incapacité de travail due à ces troubles et qui soit en relation avec l'accident.

Pour ce qui est de la dépendance aux opiacés, elle peut provoquer des troubles cognitifs (ralentissement intellectuel, troubles de l'attention et de la concentration), et l'expertisé se plaint effectivement de tels troubles. Lors de l'examen neurologique, de tels troubles ont été objectivés, mais pas lors de notre examen. Par ailleurs l'expertisé se dit capable de conduire sur des trajets d'une certaine durée, par exemple 2h aller et retour à l'occasion de l'examen psychiatrique. Les troubles cognitifs peuvent donc être considérés comme légers, comme l'indique l'expert neurologue. Ce dernier inclut les troubles cognitifs dans le taux de 50 % d'incapacité de travail en rapport avec l'accident. Il n'y a pas d'incapacité de travail additionnelle d'ordre psychique à ajouter au taux de 50 % évalué par l'expert neurologue.

Perspective thérapeutique et pronostic

Comme l'indiquent les experts psychiatres des HUG, l'expertisé reste très fixé sur ses douleurs et sur la revendication d'une reconnaissance de sa souffrance. Le passage du stade de la révolte à celui d'une acceptation réaliste lui permettrait d'améliorer sa qualité de vie en utilisant ses capacités restantes. Celles-ci sont actuellement sous-utilisées, l'attention de l'expertisé restant fixée de manière prédominante sur les capacités manquantes. On peut espérer que la prise en charge psychothérapeutique en cours aide l'expertisé à s'engager sur ce chemin, et le rapport récent du Dr A.F. _____ suggère que c'est dans ce sens que s'oriente la démarche psychothérapeutique en cours.

Sur le plan médicamenteux, la prescription d'un antidépresseur ne nous paraît pas indispensable pour le trouble dépressif, d'intensité modérée. En revanche, un SSRI ayant un effet thérapeutique aussi bien sur l'anxiété généralisée que sur le seuil de perception douloureuse pourrait être utile. Malheureusement, les tentatives dans ce sens faites par le psychiatre traitant se sont soldées par des échecs (effets indésirables, interactions avec les opiacés). Toute nouvelle tentative devrait faire l'objet d'une concertation attentive avec l'expertisé et avec les différents spécialistes concernés.

Si les plaintes d'ordre cognitif en rapport avec la prise d'opiacés devaient persister, il y aurait lieu de demander au Service des automobiles une évaluation spécialisée de l'aptitude à conduire.

Réponses aux questions

[...]

5. S'agissant des troubles somatiques (neurologique, rhumatologique, chirurgie thoracique) répondre aux questions suivantes :

a) *Quels diagnostics reprenez-vous ? Veuillez confronter vos diagnostics à ceux posés par les différents spécialistes ayant eu à se prononcer sur ce cas.*

Diagnostic n° 1 : L'expertisé présente une affection douloureuse régionale continue qui semble être « disproportionnée » en durée et en intensité par rapport à l'évolution naturelle du trauma survenu le 7.06.2009. [...] L'ensemble des plaintes (douleur disproportionnée), des symptômes (3/4 critères) et des signes cliniques (2/4 critères) remplissent les critères diagnostics révisés d'un syndrome de douleur régional complexe ou « complex regional pain syndrome » (CRPS). Le CRPS est caractérisé par un dysfonctionnement du système nerveux autonome avec comme triade clinique des douleurs extrêmement invalidantes associé à des changements sudo- et vasomoteurs. [...]

Diagnostic n° 2 : L'expertisé se plaint des céphalées holocrâniennes de type constrictives, quotidiennes (>1x/jour), chroniques, non handicapantes, qui ont débuté quelques mois après l'accident du 7.06.2009. Rappelons que suite à l'accident Monsieur T. _____ a débuté un lourd traitement antalgique, principalement constitué par des opiacés et qu'il n'avait jamais expérimenté des céphalées auparavant. Au vu d'une consommation quotidienne et de longue durée (> 4 ans), du paracétamol et des opiacés, nous retenons le diagnostic des « probables céphalées induites par l'abus de traitement antalgique [...] [...]

Diagnostic n° 3 : L'examen neurocomportemental ainsi que les plaintes parlent en faveur de discrets troubles attentionnels et exécutifs dont l'origine semble être multifactorielle : i) sur douleur (Cf. diagnostic n°1 et 2), ii) sur traitement médicamenteux (opiacés), iii) sur troubles du sommeil (insomnie), et iv) sur trouble anxieux (cf. diagnostic psychiatrique). [...]

[...]

b) *Parmi les atteintes à la santé que vous avez constatées, quelles sont celles qui reposent sur un substrat organique de manière certaine ? Probable ? Possible ? ou Exclue ?*

Le diagnostic n° 1 (CRPS) évoqué ci-dessus repose sur un substrat organique probable. Les diagnostics n° 2 et n° 3, évoqués ci-dessus, sont en grande partie expliqués par un abus de traitement antalgique (origine médicamenteuse). L'origine médicamenteuse représente donc un substrat organique probable pour les diagnostics n° 2 et n° 3.

[...]

d) *Ces atteintes à la santé sont-elles encore, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante (= l'existence du rapport de cause à effet doit pouvoir être qualifiée de probable), des séquelles de l'accident ?*

Le diagnostic n° 1 (CRPS) est au moins au degré de la vraisemblance prépondérante (probable) une séquelle de l'accident et plus particulièrement du choc reçu sur le thorax. Le développement de ce syndrome s'est fait dans les semaines qui ont suivi l'accident et ce diagnostic est causé par le traumatisme.

Les diagnostics n° 2 et n° 3 sont en relation de causalité (naturelle) indirecte avec l'accident. Il est très vraisemblable que sans l'accident l'expertisé n'aurait pas été amené à consommer des opiacés et donc qu'il ne souffrirait pas de leurs effets indésirables (diagnostics n° 2 et n° 3). Or cette consommation a été motivée par le CRPS qui, lui, est en relation de causalité directe avec l'accident. Nous rappelons que Monsieur T. _____ ne présentait aucune plainte avant l'accident.

e) *En cas de réponse affirmative, dans quelle mesure peut-on, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite d'un traitement médical une amélioration notable de l'état de santé en rapport avec l'accident ? Quel traitement préconisez-vous ?*

Diagnostic n°1: Le traitement médical actuel, constitué par la neurostimulation et le traitement antalgique par opiacés, AINS et paracétamol, permet d'apporter une amélioration de la santé de > 50 %. Cependant, au vue (sic) d'une persistance des symptômes et d'un impact dans la qualité de vie, nous proposons de discuter avec le Dr D. _____, médecin en charge du traitement de la douleur, des alternatives thérapeutiques supplémentaires. [...]

Diagnostic n° 2 et n° 3: tant les médicaments opiacés que les douleurs semblent contribuer aux céphalées ainsi qu'aux troubles cognitifs. Au sujet des céphalées, il serait souhaitable que l'expertisé puisse diminuer la prise d'opiacés, ce qui ne sera pas facile à obtenir étant donné les douleurs thoraciques. Des techniques de relaxation [...] pourraient être envisagées en raison de la composante anxieuse, qui augmente les tensions musculaires.

6. Commenter et discuter le diagnostic de Syndrome Dououreux Régional Complexe ou CRPS.

a) Selon les données de la littérature médicale actuelle relative au CRPS, peut-on retenir de manière probante un diagnostic de CRPS atteignant le squelette axial et en particulier la cage thoracique ?

Les symptômes ainsi que les plaintes de l'expertisé remplissent les critères diagnostiques nous permettant d'évoquer un CRPS. [...]

[...]

d) Dans le cas spécifique de l'assuré, le diagnostic de CRPS (de type I ou II) apparaît-il pouvoir être retenu de manière probante en considération des connaissances médicales actuelles relatives à cette pathologie ?

A la lumière des connaissances médicales actuelles, nous retenons le diagnostic de CRPS. [...]

7. S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes :

a) Sous l'angle psychique, l'état de santé est-il influencé par des facteurs étrangers à l'accident ? Quels diagnostics retenez-vous ?

Nous retenons les diagnostics suivants [...] :

- anxiété généralisée F41.1
- dysthymie F34.1
- dépendance aux opiacés sous surveillance médicale F11.22

Les deux premiers diagnostics ont été en relation de causalité avec l'accident pendant deux ans, mais au-delà de ce délai nous estimons que la relation de causalité ne peut plus être retenue [...]. Le délai de deux ans court à partir de la stabilisation du traitement (septembre 2010). Des facteurs étrangers doivent intervenir, en sus de la persistance des douleurs, pour favoriser le maintien de symptômes dépressifs et anxieux. Nous avons évoqué la durée et le caractère conflictuel de la procédure asséculogique. Une vulnérabilité personnelle doit probablement intervenir également [...].

La dépendance aux opiacés reste en relation de causalité indirecte avec l'accident, dans ce cas l'accident est l'élément principal qui est en cause. [...].

b) En cas de troubles psychiques, est-ce que ceux-ci sont en relation de causalité naturelle probable avec l'accident ?

Oui pour la dépendance aux opiacés, non pour les troubles dépressifs et anxieux [...].

8. Concernant les conséquences sur la capacité de travail, répondre aux questions suivantes :

a) *En cas de séquelles accidentelles probables, dans quelle mesure la capacité de travail en termes de rendement, est-elle limitée dans la profession de mécanicien-électricien de maintenance ?*

Nous ne retenons pas de limitation dans la capacité de travail purement en termes de rendement, dans la profession de mécanicien-électricien de maintenance.

b) *Existe-t-il, cas échéant, en sus d'une baisse de rendement, une limitation horaire ?*

Nous retenons, pour ce qui est des limitations imputables à l'accident, une incapacité de travail théorique de 50%, soit une capacité limitée à 4h par jour en rapport avec l'accident. L'incapacité de travail est motivée par la présence des douleurs et des troubles cognitifs légers dus à la prise chronique d'opiacés à doses relativement élevées.

Si l'incapacité de travail globale reste totale, selon l'appréciation du psychiatre traitant, l'accident en soi n'est à l'origine que d'une incapacité de 50%.

c) *Dans le cas où l'ancienne activité n'est plus exigible, quelles fonctions et activités la personne assurée peut-elle encore exercer ? Existe-t-il une baisse de rendement et/ou une limitation horaire ?*

Du point de vue neurologique, l'ancienne activité n'est plus adaptée. En raison des douleurs du tronc, les activités avec des efforts et mouvements répétés des membres supérieurs sont contraindiqués ; une activité de bureau simple avec peu des (sic) tâches et de responsabilité peut être envisagée. L'exigibilité ne dépasse pas 50 % sur le plan théorique (soit 4h/j au maximum).

[...]

e) *Les atteintes à la santé dues vraisemblablement à l'accident constituent-elles une atteinte à l'intégrité ? Si oui, à quel degré ? [...]*

Dans le cas de l'expertisé, l'atteinte à l'intégrité est réputée durable et estimée à :

- A. 20 %, selon la table 19 des atteintes à l'intégrité de la SUVA pour les troubles cognitifs, ici liés à la prise d'opiacés.
- B. 15 % selon les « tables concernant les atteintes à l'intégrité selon la LAA » en appliquant le barème par analogie [...]
- C. un total de $A + B = 35 \%$ [...]

Cette appréciation tient compte des atteintes tantôt physiques comme psychiques (dépendance aux opiacés).

[...]

10. Pronostic global

Sur le plan neurologique, on ne peut pas s'attendre à une amélioration significative des troubles qui sont de nature séquellaire. [...]

Sur le plan psychiatrique, le pronostic dépend de deux choses :

- l'évolution du syndrome douloureux et la possibilité (ou non) d'aménager la prescription d'opiacés [...].

- pour ce qui est de manifestations anxieuses et dépressives, de la capacité de l'expertisé à passer progressivement du stade de la révolte à celui de l'acceptation réaliste de sa nouvelle situation, ce qui implique de ne pas sous-estimer ses capacités restantes ni de surestimer les capacités manquantes [...].

Le suivi psychothérapeutique en cours peut contribuer à cette évolution, mais en présence d'une situation déjà fortement chronicisée on ne peut pas envisager une amélioration significative de l'état clinique et, partant, de la capacité de travail, dans un délai prévisible.

11. Toute remarque utile et proposition des experts

[...]

En résumé, les experts soussignés considèrent, après appréciation consensuelle du cas et compte tenu des aspects neurologiques, rhumatologiques, thoraciques et psychiatriques, que l'expertisé n'est capable de travailler qu'à 50 % (soit 4h/j) dans une activité adaptée à ses troubles, ainsi qu'à son stimulateur médullaire implanté selon les recommandations du fabricant. ».

40. Par décision du 17 juin 2016, remplaçant la décision du 4 septembre 2013, l'OAI a indiqué à l'appelant que sa rente d'invalidité avait été recalculée. La rente entière d'invalidité de l'appelant a ainsi été arrêtée à 1'872 fr. du 1^{er} octobre 2013 au 31 décembre 2014, puis à 1'880 fr. dès le 1^{er} janvier 2015. Il était précisé que la décision traitait la période à partir du 1^{er} octobre 2013 (date à partir de laquelle l'appelant avait déjà reçu des paiements de rentes) et qu'une décision séparée serait rendue pour la période du 1^{er} janvier 2010 au 30 septembre 2013, après la procédure de consultation des tiers ayant procédé à des avances.

41. S'étant vu soumettre le cas pour appréciation, le Dr O._____, spécialiste en neurologie, membre FMH, et le Dr B.Z._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (CH), membre FMH, tous deux du Centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, se sont prononcés dans un rapport du 8 novembre 2016, dont la teneur est notamment la suivante :

« Appréciation

Cette appréciation vise à évaluer si l'expertise interdisciplinaire neurologique, psychiatrique, rhumatologique et chirurgie thoracique rendue le 28.11.2014 répond aux questions posées par la cour des assurances sociales du TC du Canton de Vaud quant à la nature, l'étiologie et l'impact des atteintes dont souffre le recourant.

Pour ce qui est de l'étiologie des atteintes, rappelons que lors de la première consultation de l'assuré à l'[...] des contusions au niveau du thorax, du coude gauche et du pouce droit ont été constatées par le Dr [...]. Ce médecin a noté l'absence d'hématome, de dermabrasions ou de plaies à vif. Des radiographies et un scanner thoracique ont permis d'écartier l'hypothèse de lésions fracturaires. A l'occasion de son séjour à la Clinique romande de réadaptation, M. T._____ a signalé des douleurs à type bris d'os accompagnées de piqûres et de coups de couteaux. Les constatations des médecins de la CRR (douleurs à la palpation du sternum, des articulations sterno-costales ainsi que des 5^e et 7^e côtes gauches) font preuve d'une augmentation de la région douloureuse. Avec un examen neurologique normal, ils posent le diagnostic descriptif de douleurs thoraciques antérieures prédominant à gauche.

Se fondant sur son examen clinique de l'assuré en date du 21.04.2010, soit à plus de 10 mois de l'accident qui nous concerne, le Prof. D. _____ est le premier médecin à relever des troubles sensitifs de la paroi thoracique, en l'occurrence au niveau des nerfs intercostaux 4 à 6 des deux côtés. Il explique ses constatations par une lésion des fibres fines de ces nerfs sur contusion, occasionnant une douleur à caractère neuropathique. Les résultats de la scintigraphie osseuse pratiquée e (sic) décembre 2009 sont, à son avis, éventuellement compatibles avec un SDRC (syndrome douloureux régional complexe, dont l'acronyme anglais est CRPS). Cependant, le Prof. D. _____ n'applique pas les critères diagnostics cliniques du SDRC, établies (sic) par l'IASP à Budapest [...], dans le cas en l'espèce.

L'avis du Prof. D. _____ n'est pas partagé par deux spécialistes en neurologie, en l'occurrence le Dr N. _____ et le Dr F. _____, qui tous les deux ont examiné M. T. _____ de façon détaillée en date du 18.04.2011 et du 19.12.2010, respectivement. Le Dr N. _____ a fait état d'une zone d'hypoesthésie tactile et douloureuse globale dorso-latéro-antérieure de D1 à D9 difficilement explicable par une atteinte contusionnelle des structures nerveuses superficielles. Même si les douleurs dont se plaint l'assuré ont un caractère neuropathique, leur extension ne lui paraît pas pouvoir être interprétée comme traduisant l'existence d'une atteinte des structures nerveuses et notamment d'un CRPS. Le Prof. F. _____ à son tour retrouve des troubles sensitifs bilatéraux allant de D2 à D8. Pour lui, les séquelles sensitives pures des nerfs intercostaux ne correspondent ni à l'importance du syndrome douloureux ni au traumatisme en phase aiguë où l'on n'a pas été en mesure de mettre en évidence d'hématome ou de fracture.

Enfin, il sied d'évaluer le diagnostic de CRPS (SDRC) posé par le Prof. D.A. _____ en détail. Après avoir rappelé brièvement en quoi consiste le CRPS et quels en sont les critères diagnostiques, le Prof. D.A. _____ ne fournit par ailleurs que deux éléments qui apparaissent en compatibilité éventuelle avec un CRPS, à savoir anamnestiquement une douleur et cliniquement une allodynie (élément clinique, mais d'objectivité clairement relative).

Un critère obligatoire pour retenir un CRPS est la présence d'une douleur disproportionnée par rapport à ce qu'on s'attendrait en considération de l'atteinte organique, un deuxième critère est que toutes les autres causes susceptibles d'entraîner ce type de douleurs aient été exclues (douleurs neuropathiques ou nociceptives principalement) et que soit présent au moins un symptôme anamnestique dans trois des quatre catégories considérées (signes sensitifs, vasomoteurs, sudomoteurs et œdème, moteurs ou trophiques). En recherche clinique, les critères sont plus sévères, puisqu'on retiendra le diagnostic lorsqu'il existe un symptôme dans au moins trois catégories et un signe clinique également dans au moins trois catégories, au lieu de deux [...]:

Critère (examen Prof. Annoni)	rempli	non rempli
1. Douleur qui persiste et qui apparaît disproportionnée par rapport à l'évènement initial	x	
2. Dans l'anamnèse, au moins un symptôme dans 3 des 4 catégories suivantes:		
a) Hyperalgésie (augmentation de la sensibilité aux stimuli douloureux), hyperesthésie (exacerbation des sensations ressenties, allodynie)	x	
b) Asymétrie de température de la peau, changement de couleur de la peau	x	
c) Asymétrie de sudation; œdèmes		non indiquée
d) Mobilité diminuée, dystonie, tremblements, dysfonction motrice (faiblesse), changements de la pilosité ou des ongles		x
3. Au moment de l'examen, au moins un signe dans 2 des 4 catégories suivantes:		
a) Hyperalgésie en cas de stimuli pointus (piqûres d'aiguille), allodynie, douleurs à la pression des articulations, des os ou des muscles	x	
b) Asymétrie de température de la peau, changement de couleur de la peau	non mesurée	
c) Asymétrie de sudation; œdèmes		x
d) Mobilité diminuée, dystonie, tremblements, dysfonction motrice (faiblesse), changements de la pilosité ou des ongles		x
4. Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique les douleurs de manière plus convaincante	?	?

Retenant un diagnostic de CRPS en l'absence de signes ou de symptômes en suffisance pour retenir un diagnostic de CRPS selon les critères scientifiquement reconnus de Budapest, le Prof. D.A. _____ ne signale pas non plus que le CRPS axial, c'est-à-dire n'étant pas localisé aux membres mais au tronc, à la colonne ou à la tête, est une entité nosologique pour le moins controversée, pour ne pas dire niée quant à son existence par certains spécialistes en la matière.

[...]

Quant aux douleurs à caractère neuropathique relevées par le Dr N. _____ et le Dr F. _____, spécialistes en neurologie, il est fort improbable qu'elles soient causées par l'impact du bouchon métallique pour les raisons neuroanatomiques illustrées :

[...]

Si le Prof. D.A. _____ constate au niveau du tronc un trouble sensitif bilatéral au niveau D2 à D5 sur toute la circonférence, on peine à comprendre [...] comment une telle pathologie puisse être provoquée par un seul impact frontal. Nous concordons avec les conclusions des Drs N. _____ et F. _____.

Par conséquent, il est étonnant que le Prof. D.A. _____, en affirmant que le tableau clinique neurologique de l'assuré est globalement superposable à celui retrouvé par le Dr F. _____ en date du 13.11.2012, arrive à des conclusions divergentes.

Signalons, par souci d'exhaustivité, que le diagnostic de probables céphalées induites par le traitement antalgique sur opiacés et paracétamol (céphalées par abus médicamenteux ou medication overuse headache) est erroné. Cette notion s'applique uniquement au traitement de personnes souffrant de céphalées [...], ce qui n'est pas le cas de M. T. _____. De plus, il aurait été désirable que les experts eussent procédé à des tests de dosage médicamenteux pour évaluer la compliance de l'assuré au traitement et pour vérifier le diagnostic présumé de dépendance aux opiacés sous surveillance médicale.

Conclusion

Les troubles dont souffre M. T. _____ ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, dus à un CRPS. Primo, il n'y a pas de relation temporelle étroite entre l'accident en cause et l'apparition des symptômes du CRPS présumé. Secundo, les critères diagnostiques d'un CRPS ne sont pas remplis. Enfin, il est fortement douteux que ces critères s'appliquent à une douleur axiale au tronc. Le diagnostic de CRPS retenu par le Prof. D.A. _____ apparaît ainsi un diagnostic d'hypothèse insuffisamment étayé et impossible à mettre en rapport de causalité naturelle probante avec l'accident du 07.06.2009.

Il apparaît plutôt une tentative d'expliquer un syndrome douloureux présenté par M. T. _____ et non autrement explicable, tout au moins sur base organique.

L'expertise interdisciplinaire, en se passant de discuter de ces faits, manque, à notre avis, de valeur probante. ».

42. Par courrier du 17 mai 2017, l'OAI a confirmé à l'appelant que sa rente d'invalidité restait la même.

43. a) Sur proposition de la SUVA, une nouvelle expertise a été mise en œuvre auprès du Dr B.A. _____, psychiatre FMH, et du Dr B.B. _____, neurologue FMH. Ils ont rendu leurs rapports le 20 novembre 2017.

Le Dr B.A. _____ a notamment relevé ce qui suit :

« 10. Appréciation

[...]

10.1. Causalité naturelle

On peut vraisemblablement admettre que les plaintes que présente M. T. _____ sont en lien de causalité avec l'accident du 7 juin 2009. Avant cet accident M. T. _____ ne présentait aucune plainte douloureuse. C'est bien en raison de cet accident que s'est développé un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Il est par contre très difficile, voire impossible, d'expliquer médicalement pour quelles raisons M. T. _____ a développé un tel syndrome et a considéré qu'il ne pourrait plus travailler. Il est rare qu'un tel syndrome se développe à la suite d'un accident.

De même il n'est pas possible d'identifier des facteurs étrangers à l'accident qui ont pu favoriser le développement du syndrome douloureux somatoforme persistant.

[...]

11. Consensus des experts

Un entretien de consensus et de synthèse a eu lieu le lundi 20 novembre 2017 par téléphone avec l'autre expert, le Dr Ch. B.B. _____, neurologie FMH, après avoir pris connaissance des rapports d'expertise respectifs et donné chacun son accord pour les réponses données aux différentes questions.

12. Réponse aux questions

12.1. *Quels diagnostics retenez-vous ? Veuillez confronter vos diagnostics à ceux posés par les différents spécialistes ayant eu à se prononcer sur ce cas.*

Réponse : Du point de vue psychiatrique [...], je retiens les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de syndrome de dépendance aux opiacés.

12.2. *Parmi les atteintes à la santé que vous avez constatées, quelles sont celles qui reposent sur un substrat organique de manière certaine, probable, possible, exclue ?*

Réponse : Aucune, selon la vraisemblance prépondérante.

12.3. *Quelles constatations permettent d'objectiver ce substrat organique ?*

Réponse : Aucune.

12.4. *Ces atteintes à la santé sont-elles encore, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante (= l'existence du rapport de cause à effet doit pouvoir être qualifié de probable), des séquelles de l'accident ?*

Réponse : Du point de vue psychiatrique, le syndrome douloureux somatoforme persistant est vraisemblablement en lien de causalité avec l'accident du 7 juin 2009. Mais aucune explication médicale n'est à même d'expliquer pour quelle raison un tel syndrome s'est développé.

12.5. *En cas de réponse affirmative, dans quelle mesure peut-on, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite d'un traitement médical une amélioration de l'état de santé en rapport avec l'accident ? Quel traitement ?*

Réponse : L'état de santé de M. T. _____ est chronifié et aucun traitement psychiatrique ou somatique n'est à même aujourd'hui d'apporter une amélioration notable de l'état de santé propre à permettre un recouvrement d'une capacité de travail.

12.6. *Selon les données de la littérature médicale actuelle relative au CRPS, peut-on retenir de manière probante un diagnostic de CRPS atteignant le squelette axial en particulier la cage thoracique ?*

Réponse : Non.

[...]

12.8. *Toujours en se basant sur les données de la littérature médicale actuelle relative au CRPS, une atteinte d'un nerf périphérique du type contusif dans la traduction électroneurographique apparaît-elle suffisante pour retenir de manière probante un diagnostic de CRPS de type II ?*

Réponse : Non.

12.9. *Dans le cas spécifique de l'assuré, le diagnostic de CRPS (de type I ou II) apparaît-il pouvoir être retenu de manière probante en considération des connaissances médicales actuelles relatives à cette pathologie ?*

Réponse : Non.

12.10. *Sous l'angle psychique, l'état de santé est-il influencé par des facteurs étrangers à l'accident ? Quels diagnostics retenez-vous ?*

Réponse : Je retiens les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de syndrome de dépendance aux opiacés. Aucun facteur étranger à l'accident n'est identifiable qui permette d'expliquer la survenue de cette pathologie.

12.11. *En cas de troubles psychiques, est-ce que ceux-ci sont en relation de causalité naturelle avec l'accident ?*

Réponse : Oui.

12.13. (sic) *Existe-t-il, cas échéant, en sus d'une baisse de rendement, une limitation horaire ?*

Réponse : Non.

12.14. *Dans le cas où l'ancienne activité n'est plus exigible, quelles fonctions et activités la personne assurée peut-elle encore exercer ? Existe-t-il une baisse de rendement et/ou une limitation horaire ?*

Réponse : Comme je l'ai expliqué plus haut, j'estime que du strict point de vue psychiatrique, l'activité antérieure est exigible. M. T. _____ peut exercer une fonction similaire dans l'industrie.

12.15. *S'agissant de la capacité de travail dans l'ancienne activité et/ou dans une activité adaptée, quel est l'impact de la médication prescrite à l'assuré sur lesdites activités ? Peut-on à moyen ou à long terme compter sur une baisse des dosages et avec quel impact sur la capacité de travail de l'assuré ?*

Réponse : Comme je l'ai expliqué plus haut, l'impact de la médication doit être fortement minimisée (sic) car M. T. _____ est capable d'avoir des activités sur une durée assez longue sans manifester de signes de fatigue ou de somnolence.

12.16. *Les atteintes à la santé dus (sic) vraisemblablement à l'accident constituent-elles une atteinte à l'intégrité ? [...]*

Réponse : Non.

12.17. *Des traitements sont-ils encore nécessaires à la conservation ou à l'amélioration de la capacité résiduelle de gain ?*

Réponse : Non. »

Quant au Dr B.B. _____, il a notamment relevé ce qui suit :

« V. APPRECIATION

[...]

L'assuré a été pris en charge par le Professeur D. _____, antalgiste, qui estime que la symptomatologie douloureuse déplorée par cet assuré est en lien avec des lésions post-traumatiques des nerfs intercostaux, associé à un tableau de CRPS. Cette hypothèse diagnostique est partagée dans l'expertise des HUG, datant du mois de novembre 2014. En revanche, le médecin d'arrondissement, le Docteur H. _____, peine à reconnaître une pathologie somatique à l'origine des plaintes de cet assuré. Lors d'une hospitalisation à la CRR en décembre 2009 et janvier 2010, on retenait tout au plus le diagnostic d'une contusion thoracique antérieure. Tant le Docteur N. _____ que le Docteur F. _____, neurologue, estiment pour des raisons neuro-anatomiques, qu'on ne peut retenir une atteinte multiétiquées des nerfs intercostaux dans le cadre du traumatisme en question, d'autant plus qu'il n'y a aucune autre lésion associée. Une telle appréciation rejoint celle effectuées par les Docteurs B.Z. _____ et O. _____, qui contestent également l'existence d'un CRPS au niveau axial.

D'un point de vue paraclinique, rappelons que les explorations radiologiques n'ont pas mis en évidence de fracture au niveau de la région douloureuse, mais essentiellement des troubles dégénératifs de type remaniement arthrosique avancé des articulations sterno-costales, ainsi que des anomalies compatibles avec une contusion osseuse au niveau du sternum. La mise en évidence d'une baisse de la sensibilité thermique comme cela est mentionné par le rapport du Professeur K. _____ dans son courrier du 23.12.2011 ne doit pas être considérée comme un examen paraclinique objectif, puisque les résultats dépendent très clairement de la

participation du sujet, et ceci comme toute exploration clinique des autres modalités sensibles.

Les plaintes sont caractérisées par une douleur thoracique constante, cotée très haut sur l'échelle subjective, bien qu'atténuée par la présence d'un stimulateur médullaire. Il n'y a aucun autre symptôme neurologique spécifique associé, en particulier pas d'élément sensible de type paresthésies ou dysesthésies.

L'approche clinique nous met face à un homme collaborant, qui ne semble pas souffrir. L'examen neurologique met en évidence une atteinte sensible suspendue très large au niveau thoracique, correspondant à six dermatomes, et ceci tant sur la face antérieure que postérieure du thorax. A noter l'absence de phénomène dysesthésique ou allodymique. Il n'y a pas d'autre anomalie d'un point de vue neurologique.

Au terme de ces éléments on peut donc conclure qu'il n'y a aucun argument en faveur d'une atteinte neurologique spécifique liée à l'accident du 07.06.2009. La suspicion d'une atteinte multi-étagée des nerfs intercostaux ne peut être retenue. Un tel diagnostic n'est pas cohérent, [...]. En effet, pour des raisons neuro-anatomiques, même avec un choc important au niveau du thorax, une lésion multi-étagée des nerfs intercostaux, de façon étendue sur six dermatomes, et ceci ddc, est hautement improbable, voire peut être considérée comme une hypothèse farfelue. Ceci d'autant plus que l'atteinte sensible est présente également postérieurement et qu'il n'y a pas d'autre lésion associée. A titre d'exemple, une fracture de côtes est une lésion traumatique banale, souvent rencontrée dans la pratique, et dans une telle situation on n'observe en général pas de lésion nerveuse associée. Les seules pathologies dans lesquelles on peut retrouver une atteinte sensible suspendue au niveau thoracique, et qui intéresse en général un seul dermatome et unilatéralement, sont certaines neuropathies diabétiques, ainsi que le zona. Nous rejoignons ainsi les avis du Docteur F._____, N._____, H._____, ainsi que l'appréciation effectuée à la CRR. Comme cela a d'ores et déjà été discuté par le Docteur B.Z._____ et O._____, le diagnostic de CRPS ne peut non plus être retenu compte tenu de la topographie axiale totalement inhabituelle.

Au total, il s'agit d'un syndrome douloureux qui peut être lié dans une certaine mesure à une arthrose sterno-costale bilatérale, mais associé à des troubles sensitifs subjectifs, qui ne peuvent être mis en lien avec une atteinte somatique sous-jacente, et dès lors qui ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 07.06.2009.

Une contusion thoracique est possible, par ailleurs documentée sur le plan radiologique, raison pour laquelle on retiendra, et ceci largement compté, un retour au statu quo ante à une année. ».

b) Par courrier du 22 mai 2018, le Dr B.B._____ s'est déterminé sur les remarques formulées par l'appelant concernant son rapport du 20 novembre 2017. Ce courrier a notamment la teneur suivante :

« Voici mes déterminations :

Le Professeur D._____ signale une scintigraphie fortement pathologique. Cette pièce n'apparaît toutefois pas au dossier.

L'examen neurologique des fibres fines a été pris en compte dans la discussion de mon expertise (page 14). Un tel examen ne peut être considéré comme objectif et déterminant dans le cadre d'une expertise.

Nous confirmons que nous ne partageons pas les conclusions de l'expertise interdisciplinaire établie par les HUG, qui ont repris les conclusions du Professeur D._____. En revanche, nos conclusions rejoignent celles du Docteur H._____ de la SUVA et celles établies après bilan interdisciplinaire à la CRR en décembre 2009 et janvier 2010, celles du Docteur N._____, du Docteur F._____, des Docteurs B.Z._____ et O._____, respectivement spécialistes en chirurgie orthopédique et en neurologie.

Comme mentionné dans notre expertise, nous contestons le diagnostic de CRPS.

Il est erroné de prétendre que la stimulation médullaire est inopérant (sic) sur des douleurs d'origine musculo-squelettiques. L'indication principale de ce traitement est par ailleurs les douleurs du rachis.

Au total, les lettres de Maître [...] et du Professeur D._____ n'apportent aucun élément probant nouveau, et nous maintenons les conclusions de notre expertise du 20.11.2017. ».

44. Par nouvelle décision du 29 mai 2018, confirmée sur opposition le 3 août 2018, la SUVA a mis fin avec effet immédiat à la prise en charge du traitement médical et entériné l'arrêt du versement des indemnités journalières au 18 juillet 2011, notamment en raison de l'absence dès cette date de troubles organiques objectivables en relation de causalité probable avec l'accident et/ou de troubles psychiques en relation de causalité adéquate avec l'accident.

45. a) Par arrêt du 27 janvier 2020, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a rejeté le recours de l'appelant et a confirmé la décision sur opposition de la SUVA du 3 août 2018.

b) Par arrêt du 1^{er} mars 2021, la Ire Cour de droit social du Tribunal fédéral a rejeté le recours formé par l'appelant contre le jugement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois du 27 janvier 2020. Cet arrêt a notamment la teneur suivante :

« **4.**

Après avoir passé en revue les rapports médicaux versés au dossier depuis l'accident du 7 juin 2009, la cour cantonale a relevé que le point de divergence principal entre les médecins se rapportait à la question de l'existence ou non d'un CRPS chez le recourant. Examinant les arguments médicaux des uns et des autres, la cour cantonale a considéré que les objections soulevées par les médecins de la CNA à l'encontre des conclusions des experts neurologues des HUG - qui avaient confirmé le diagnostic de CRPS posé initialement par le professeur D._____ - étaient pertinentes et qu'il y avait lieu de s'y rallier. En effet, les docteurs O._____ et B.Z._____ avaient expliqué de manière convaincante qu'il n'y avait pas de relation temporelle étroite entre l'accident et l'apparition

des symptômes, que les constatations cliniques relevées dans l'expertise des HUG étaient insuffisantes pour considérer les critères dits de Budapest comme remplis, et qu'il était au demeurant fortement controversé que le diagnostic de CRPS puisse s'appliquer à des douleurs axiales du tronc. La cour cantonale a donc jugé que ce diagnostic ne pouvait pas être retenu dans le cas du recourant. Pour le surplus, elle s'est fondée sur l'expertise neurologique du docteur B.B._____, dont les considérations médicales s'inscrivaient dans la lignée de celles émises par les médecins de la CNA ainsi que par les docteurs N._____ et F._____, écartant les critiques y relatives du professeur D._____. Elle a ainsi fait sien le point de vue de l'expert B.B._____, qui n'avait trouvé aucun argument en faveur d'une atteinte neurologique spécifique liée à l'accident et fixé le retour au statu quo ante après une année. La cour cantonale a encore ajouté que dans l'expertise des HUG, sous l'angle rhumatologique, le docteur A.M._____ avait seulement mis en avant des signes radiologiques pour une arthrose sterno-costale et que, pour sa part, le spécialiste en chirurgie thoracique A.K._____ n'avait pas observé de déformation de la paroi thoracique, faisant état d'une guérison totale sur le plan anatomique. Cette appréciation l'a conduite à retenir qu'il ne subsistait plus aucune séquelle somatique de l'accident du 7 juin 2009.

En ce qui concerne l'aspect psychique de l'état de santé du recourant, la cour cantonale a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise du docteur B.A._____ et a retenu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les diagnostics posés par cet expert psychiatre (syndrome douloureux somatoforme persistant et syndrome de dépendance aux opiacés). Après avoir classé l'événement du 7 juin 2009 dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, elle n'a admis la réalisation d'aucun des critères déterminants consacrés par la jurisprudence topique pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate.

[...]

6.

6.1. En l'occurrence, il n'y a pas de motif de mettre en cause l'appréciation de la cour cantonale selon laquelle les conclusions des experts neurologues des HUG dans le sens d'une confirmation d'un CRPS ne sauraient être suivies. [...]

6.2. En ce qui concerne l'hypothèse d'une atteinte neurologique autre que le CRPS, elle n'est pas non plus établie au degré de la vraisemblance prépondérante, quoi qu'en dise le recourant. A l'issue de son examen neurologique, le docteur B.B._____ a constaté une large bande d'hypoesthésie et d'hypoalgésie correspondant à six dermatomes tant sur la face antérieure que sur la face postérieure du thorax, soulignant le fait qu'il n'y avait pas de phénomène allodymique ; les plaintes du recourant, caractérisées par une douleur thoracique constante cotée très haut sur le plan subjectif, n'étaient associées à aucun autre symptôme neurologique spécifique, en particulier à un élément sensitif de type paresthésies ou dysesthésies. L'expert a tout d'abord indiqué que d'un point de vue paraclinique, les explorations radiologiques n'avaient pas objectivé de fracture, mais essentiellement des troubles dégénératifs (remaniement arthrosique avancé des articulations sterno-costales) ainsi que des anomalies compatibles avec une contusion osseuse au niveau du sternum. Il a également émis des réserves sur le caractère objectif du thermo-test réalisé par le professeur K._____, dès lors que les résultats dépendaient très clairement de la participation du sujet. Après avoir écarté la suspicion d'une atteinte multi-étagée des nerfs intercostaux pour des raisons neuro-anatomiques, le docteur B.B._____ a expliqué que les seules pathologies dans lesquelles on pouvait retrouver une atteinte sensitive suspendue au niveau thoracique, touchant en général un seul dermatome, étaient certaines neuropathies diabétiques ainsi que le zona. Cela l'a amené à conclure qu'il s'agissait d'un syndrome douloureux, possiblement lié dans

une certaine mesure à une arthrose sterno-costale bilatérale et associé à des troubles sensitifs subjectifs qui ne pouvaient pas être mis en relation avec une atteinte somatique sous-jacente spécifique résultant de l'accident du 7 juin 2009.

Ces arguments médicaux sont convaincants et permettent d'écartier l'éventualité de séquelles neurologiques notables, nonobstant l'avis du professeur D._____. [...] D'autre part, l'avis du docteur B.B._____ est loin d'être isolé comme le prétend le recourant. Ce dernier fait une lecture partielle des rapports des docteurs H._____ et N._____, qui ont surtout mis en avant l'absence d'explication objective à l'ampleur et à l'extension des plaintes du recourant. Le médecin d'arrondissement a certes évoqué des petits rameaux nerveux lésés, mais à titre d'hypothèse. Quant au second, il a placé le mot neuropathique entre guillemets. A cela s'ajoute, enfin, que le docteur F._____, mandaté par l'Office AI, a rendu des conclusions similaires à celles du docteur B.B._____. Il a indiqué que sur un plan organique neurologique, il y avait très peu d'éléments significatifs et aucun réellement objectif dans la mesure où il n'existait qu'une hypoesthésie subjective d'une extension inhabituelle par rapport au traumatisme, qui avait consisté en une contusion sans hématome et sans autre lésion associée. S'il a mentionné de possibles discrètes séquelles sensitives pures des nerfs intercostaux, il a bien précisé que celles-ci n'intervenaient pas dans l'importance du syndrome douloureux lui-même au vu de la légèreté de l'atteinte hypoesthésique.

6.3. Pour le reste, on peut constater que les médecins de la CRR n'avaient retenu aucune contre-indication à une augmentation progressive de la capacité de travail du recourant à la fin de l'année 2010, que le docteur A.K._____ a confirmé une guérison totale sur le plan anatomique, et, enfin, que le recourant présente une arthrose sterno-costale qui n'a pas pu être attribuée à l'événement accidentel [...]. Aussi peut-on s'en tenir à la fixation du statu quo ante au 18 juillet 2011 comme reconnu par la CNA en ce qui concerne les conséquences de la contusion thoracique du 7 juin 2009, étant précisé que le docteur A.K._____ a considéré que ce statu quo ante était déjà atteint une année après l'accident.

7.

Il reste à examiner les griefs du recourant relatifs à l'examen de la causalité adéquate par la cour cantonale.

En l'occurrence, on ne voit pas de motif de ranger l'accident du 7 juin 2009 dans la catégorie des accidents moyens à la limite des cas graves. Le recourant a été heurté directement au thorax par une valve métallique d'une machine sous pression, ce qui lui a occasionné une contusion thoracique. Compte tenu de la nature de cette lésion, on doit retenir que les forces mises en jeu sur son thorax au moment de l'accident étaient d'importance moyenne. La qualification de la cour cantonale concernant le degré de gravité de l'accident peut donc être confirmée. Partant, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour que la causalité adéquate soit admise [...]. Or, si le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'événement du 7 juin 2009 peut être reconnu, il n'a pas revêtu à lui seul une intensité suffisante pour l'admission du rapport de causalité adéquate. Quant aux deux autres critères invoqués, ils ne sont pas réalisés. En effet, les douleurs du recourant sont entretenues par son état psychique et on ne peut pas parler dans son cas d'un traitement médical pénible sur une longue durée. On notera que tous les médecins ont recommandé que le recourant se soumette à un sevrage du Tramal. ».

46. L'appelant a déclaré que sa douleur était toujours présente actuellement et devenait importante lorsque son implant était déchargé

ou s'il ne prenait pas de morphine. Il se plaint notamment de troubles érectiles, de douleurs permanentes, d'un sommeil perturbé par le besoin fréquent d'aller uriner (environ 10-15x/nuit), notamment la nuit, de ne plus pouvoir porter de charge, ni pouvoir marcher plus d'une heure d'affilée.

47. Les 4 mai 2012, 6 février 2014, 29 janvier 2015, 4 février 2016, 31 janvier 2017 et 8 février 2018, l'intimée a signé des déclarations dans lesquelles elle a déclaré renoncer à se prévaloir de l'exception de prescription, « pour autant que cette dernière ne soit pas acquise à ce jour », dans le cadre des suites du sinistre survenu le 7 juin 2009 concernant l'appelant, et ce respectivement jusqu'au 30 mars 2013, puis jusqu'au 30 mars 2015, 30 mars 2016, 30 mars 2017, 30 mars 2018 et enfin 30 mars 2019.

Puis, les 24 janvier 2020, 2 mars 2021 et 10 mars 2022, elle a signé des déclarations dans lesquelles elle a déclaré renoncer à se prévaloir de l'exception de prescription, pour autant que cette dernière ne soit alors pas acquise, dans le cadre des suites du sinistre survenu le 7 juin 2009 à la fabrique d'[...] concernant l'appelant, et ce respectivement jusqu'aux 30 mars 2021, 30 mars 2022 et 30 mars 2023.

48. En cours d'instance, une expertise a été confiée à [...], ingénieur mécanicien et de sécurité CFST, chez [...]. L'expert a rendu son rapport le 22 janvier 2022.

A la question de savoir si l'appelant a commis une grave négligence, l'expert a répondu que la négligence résidait dans la non-observation stricte des mesures de déconsignation LOTO, qui étaient obligatoires avant toute intervention humaine sur une quelconque installation. L'expert a relevé que toute la problématique de cet accident résidait dans l'appréciation de la situation au moment de celui-ci. Il a expliqué que le mélangeur était resté longtemps en mode « préproduction », que cette situation supposait que l'installation n'avait pas été formellement consignée dans un objectif de maintenance et/ou de nettoyage, mais devait redémarrer en production, que le retrait des

bouchons avait donc assurément suivi la même idéologie, donc sans déconsignation formelle, et que néanmoins, tout collaborateur technique, formé et sensible à la préservation de sa santé et de sa sécurité et de celle de ses collègues, devait appliquer la déconsignation LOTO avant toute action, quelle qu'elle soit, avant d'intervenir sur une installation.

L'expert a confirmé que, selon les règles de l'art, si l'on s'attend à une pression résiduelle, un mécanicien, lors du dévissage des bouchons, dévisse d'abord quatre vis, détend ensuite le joint et dévisse finalement les quatre autres vis. Il a également confirmé qu'en procédant ainsi, on pouvait constater qu'il y avait de la pression dans l'installation, car le dévissage partiel libérait la pression et que les vis résiduelles retenaient mécaniquement le bouchon. Il a ajouté que, cependant, un collage du joint n'était pas impensable et qu'il se pouvait que le desserrage du joint n'ait pas libéré le joint collé sur son siège et qu'en enlevant la totalité des vis, cette pression résiduelle avait pu décoller le joint et projeter le bouchon. Il a encore confirmé que la pression aurait pu monter contre le bouchon et le faire bouger sans qu'il soit projeté d'un coup (puisque tenu par quatre vis).

L'expert a formulé les conclusions suivantes :

« L'accident est causé par une suite peu probable d'actions de part et d'autre (employeur - employé) qui, prises individuellement, ne portent pas à conséquence, mais qui additionnées ont déclenché l'accident.

Côté employeur :

- Installation restée en phase de préproduction pendant une longue période, sans procédure systématique de consignation.
- Pas de dispositif d'alarme de pression dans la cuve (contrôle pression = OK sur le panel de commande, mais pas de seuil de déclenchement préprogrammé avec alarme optique et/ou sonore).
- Joint abimé sur un siège de vanne (usure ? - manque de maintenance préventive ? - incident ? défaut matière ? etc.).

Côté employé :

- Non-respect de la procédure LOTO (s'assurer de l'absence d'énergies), même pour un travail de routine.
- Démontage du bouchon sans détente (d'abord 4 vis, puis ensuite les 4 restantes) pour éviter une projection de la pièce. ».

49. a) Par demande du 30 août 2018, l'appelant a pris, sous suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

- « I. Dire que S. _____ est la débitrice de T. _____ et lui doit immédiat paiement d'une somme qui ne devrait pas être inférieure à CHF 100'000.- (cent mille francs), avec intérêt légal à 5% l'an depuis le 26 octobre 2012, et que le demandeur précisera en cours d'instance en application de l'art. 85 CPC.
- II. Dire que S. _____ est la débitrice de T. _____ et lui doit immédiat paiement de la somme de CHF 30'000.- (trente mille francs), à titre d'indemnité pour tort moral, avec intérêt légal à 5% l'an depuis le 7 juin 2009.
- III. Dire que S. _____ est débitrice de T. _____ et lui doit immédiat paiement de la somme de CHF 28'313.35 (vingt-huit mille trois cent treize francs et trente-cinq centimes), à titre d'indemnité pour licenciement abusif, avec intérêt légal à 5% l'an depuis le 30 avril 2012.
- IV. Réserver en application de l'article 46, alinéa 2, CO, le droit de T. _____ de réviser le jugement pendant le délai de deux ans à compter du jour de son prononcé. ».

b) Par réponse du 29 avril 2019, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet des conclusions prises par l'appelant.

En procédure, l'intimée a expressément indiqué que les sommes versées à bien plaie à l'appelant étaient opposées en compensation. Elle a également invoqué la prescription des prétentions de l'appelant, en faisant valoir qu'aucune déclaration de renonciation à la prescription n'avait été formulée à la date du 30 mars 2013.

c) Par réplique du 22 octobre 2019, l'appelant a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet des conclusions prises par l'intimée dans sa réponse du 29 avril 2019, d'une part, et, d'autre part, a confirmé les conclusions prises dans sa demande du 30 août 2018.

d) Par duplique du 10 février 2020, l'intimée a confirmé, avec suite de frais et dépens, ses conclusions tendant au rejet des conclusions prises par l'appelant dans la demande du 30 août 2018 et la réplique du 22 octobre 2019.

e) Par déterminations du 8 septembre 2020, l'appelant a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet des conclusions prises par l'intimée dans sa réponse du 29 avril 2019 et sa duplique du 10 février

2020, d'une part, et, d'autre part, a confirmé les conclusions prises dans sa demande du 30 août 2018.

f) Le 18 mars 2021, l'appelant a déposé de nouveaux allégués.

g) Le 15 février 2022, l'appelant et C._____, pour l'intimée, ont été interrogés en qualité de parties et un témoin a été entendu. Quatre témoins ont encore été entendus le 3 mai 2022.

h) Les parties ont renoncé à la tenue d'une audience de plaidoiries finales au profit de plaidoiries écrites du 13 février 2023 et de plaidoiries écrites responsives du 31 mars 2023.

Dans ses plaidoiries écrites du 13 février 2023, l'appelant a modifié ses conclusions comme il suit :

- « 1. Condamner S._____ à verser à M. T._____ le montant de CHF 952'653.70, ou toute autre somme à dire de justice, avec intérêt légal à 5% l'an depuis le 26 octobre 2012, à titre de perte de gain comprenant le dommage passé, présent et futur, tout comme le dommage de rente, ainsi qu'une indemnité pour tort moral de CHF 30'000.-, ou toute autre somme à dire de justice, avec intérêt légal à 5% l'an depuis le 7 juin 2009 ;
2. Condamner S._____ à verser à M. T._____ le montant de CHF 28'313.35, ou toute autre somme à dire de justice, à titre d'indemnité pour licenciement abusif, avec intérêt légal à 5% l'an depuis le 30 avril 2012 ;
3. Réserver, en application de l'art. 46 al. 2 CO, le droit de M. T._____ de réviser le jugement pendant le délai de deux ans à compter du jour de son prononcé ;
4. Condamner la défenderesse aux dépens selon note d'honoraires jointe par Me [...] (CHF 4'998.70, TVA comprise) ainsi selon (sic) les notes produites par Me [...] auprès de la Cour de Céans dans le cadre de la taxation de ses activités de mandataire d'office ;
5. Sous suite des frais et dépens, sous réserve de l'assistance judiciaire gratuite dont bénéficie le demandeur. »

Dans ses plaidoiries écrites du 13 février 2023 et ses plaidoiries écrites responsives du 31 mars 2023, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet des conclusions prises par l'appelant.

En droit :

1.

1.1

1.1.1 L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]) au sens de l'art. 236 CPC, dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse au dernier état des conclusions devant l'autorité précédente est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). Ecrit et motivé, il doit être introduit dans les trente jours à compter de la notification de la décision motivée ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC).

1.1.2 L'art. 317 al. 2 CPC permet une modification des conclusions en appel à la double condition que les conclusions modifiées soient en lien de connexité avec la prétention initiale ou que la partie adverse ait consenti à la modification, d'une part (art. 317 al. 2 let. a et 227 al. 1 CPC), et qu'elles reposent sur des faits ou moyens de preuve nouveaux, d'autre part (art. 317 al. 2 let. b et 230 al. 1 let. b CPC) (cf. TF 4A_395/2017 du 11 octobre 2018 consid. 4.4).

1.2 En l'espèce, formé en temps utile par une partie ayant un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), contre une décision finale portant sur des conclusions supérieures à 10'000 fr., l'appel est *a priori* recevable.

On relèvera toutefois que le *dies a quo* de l'intérêt réclamé était le 26 octobre 2012 dans la demande du 30 août 2018 et dans les plaidoiries écrites du 13 février 2023 (cf. *supra* Let. C/ch. 49 a et h), à l'exception de la somme de 30'000 fr. réclamée à titre de tort moral, pour laquelle l'intérêt réclamé courait à partir du 7 juin 2009. Les conclusions de l'appel en allocation d'une somme de 100'000 fr. pour tort moral, avec intérêts dès le 7 juin 2009, apparaissent donc pour partie nouvelles – sans que l'intéressé n'invoque le moindre fait ou moyen de preuve nouveaux –

et, partant, (partiellement du moins) irrecevables. Quoi qu'il en soit, vu le sort réservé au reste de l'appel, cette question peut rester ouverte.

2. L'appel peut être formé pour violation du droit ainsi que pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge, et doit le cas échéant appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 5A_340/2021 du 16 novembre 2021 consid. 5.3.1 ; TF 4A_215/2017 du 15 janvier 2019 consid. 3.4).

3.

3.1 L'appelant invoque une violation des art. 328 al. 2 CO et 28 al. 1 et 3 OPA. Il reproche en substance à l'intimée un défaut de maintenance préventive de la machine et une procédure de consignation non adéquate. Il soutient en outre que la procédure LOTO était impropre à protéger les employés contre les dangers de l'utilisation du VAX. Ces fautes constitueraient de graves manquements au devoir de l'employeur de protéger la santé de ses employés. Il se prévaut par ailleurs de la responsabilité pour le fait des auxiliaires (art. 101 al. 1 CO).

3.2

3.2.1

3.2.1.1 Aux termes de l'art. 328 al. 1 CO, l'employeur protège et respecte, dans les rapports de travail, la personnalité du travailleur ; il manifeste les égards voulus pour sa santé et veille au maintien de la moralité.

La violation des obligations prévues à l'art. 328 CO entraîne la responsabilité contractuelle (art. 97 ss CO) de l'employeur pour le préjudice matériel et, aux conditions fixées par l'art. 49 al. 1 CO, pour le

tort moral causé au travailleur (ATF 130 III 699 consid. 5.1 ; TF 4A_128/2007 du 9 juillet 2007 consid. 2.3 ; TF 2C.2/2000 du 4 avril 2003 consid. 2.3 ; ATF 130 III 699 consid. 5.1 ; Wyler/Heinzer, Droit du travail, 4^e éd. Zürich 2019, p. 397 ss.). Ce sont donc ces règles qui déterminent les conditions de la responsabilité de l'employeur, le délai de prescription et la détermination du montant du dommage que le travailleur peut réclamer (Brunner/Bühler/Waeber/Bruchez, Commentaire du contrat de travail, 4^e éd., Berne 2019, n. 23 ad art. 328 CO ; Duc/Subilia, Commentaire du contrat individuel de travail, n. 34 ad art. 328 CO).

Les conditions imposées par les art. 97 et 99 al. 3 CO doivent ainsi être remplies, à savoir la violation par l'employeur de son obligation contractuelle de protection de la personnalité du travailleur (art. 328 CO), l'existence d'un dommage et d'un lien de causalité entre l'acte dommageable et le préjudice (Wyler/Heinzer, op. cit., p. 397). La faute de l'employeur est présumée, mais celui-ci peut apporter la preuve de son exculpation (CCIV 3 septembre 2010/124 consid. 2a ; Wyler/Heinzer, op. cit., *ibidem*). Conformément à l'art. 8 CC, il incombe ainsi à l'employé de prouver la réalisation des trois premières conditions (violation du contrat, dommage et lien de causalité) et à l'employeur de prouver qu'il n'a pas commis de faute (Thévenoz, CR-CO I, 3^e éd., nn. 3a, 3b et 50 ad art. 97 CO ; Wyler/Heinzer, op. cit., *ibidem*). En outre, l'employeur répond des actes de ses auxiliaires (art. 101 CO) et de ses organes (art. 55 CC) (Wyler/Heinzer, op. cit., *ibidem*).

3.2.1.2 L'art. 328 al. 2 CO astreint l'employeur à prendre, pour protéger la vie et la santé du travailleur, les mesures commandées par l'expérience, applicables en l'état de la technique et adaptées aux conditions de l'exploitation, dans la mesure où les rapports de travail et la nature du travail permettent équitablement de l'exiger de lui. Selon la jurisprudence, il lui appartient notamment de doter les machines et installations dont les travailleurs se servent de dispositifs de sécurité suffisants pour empêcher la réalisation des risques avec lesquels on peut compter (TF 4A_187/2019 du 9 mars 2020 consid. 4 ; ATF 110 II 163 consid. 2a ; ATF 100 II 352 consid. 2a). Pour satisfaire à son obligation,

l'employeur doit également informer le travailleur des risques inhabituels que celui-ci ne connaît pas, et des mesures à prendre pour les éviter, puis veiller à l'application scrupuleuse de ces mesures (TF 4A_187/2019 du 9 mars 2020 consid. 4 ; ATF 112 II 138 consid. 3b ; ATF 102 II 18 consid. 1 et les arrêts cités). En matière de prévention, il doit compter avec les accidents que l'on peut prévoir selon le cours ordinaire des choses, eu égard à l'inattention, voire à l'imprudence du travailleur. L'obligation de sécurité que la loi impose à l'employeur comprend ainsi la prévention de tout accident qui n'est pas dû à un comportement imprévisible et constitutif d'une faute grave de la victime (TF 4A_187/2019 du 9 mars 2020 consid. 4 ; ATF 112 II 138 consid. 3b ; ATF 95 II 132 consid. 2 ; Lempen, Commentaire romand, Code des obligations I, 3^e éd. Bâle 2021, n. 9 ad art. 328 CO). En présence d'installations dangereuses sur lesquelles l'employé doit travailler quotidiennement, l'employeur doit veiller de manière suffisamment diligente au respect, dans l'entreprise, des consignes de sécurité, en s'assurant régulièrement de leur respect et en les rappelant au moins par intervalles, sous peine de méconnaître son obligation de sécurité et d'engager sa responsabilité (TF 4A_187/2019 du 9 mars 2020 consid. 5.2).

L'employeur doit adopter « les mesures commandées par l'expérience, applicables en l'état de la technique » (art. 328 al. 2 CO) et notamment suivre les recommandations fondées sur la médecine et les sciences du travail. Afin d'identifier les mesures exigées, il faut se fonder en particulier sur les textes d'application de l'art. 6 LTr (Loi sur le travail du 13 mars 1964, RS 822.11), notamment sur l'ordonnance 3 (Ordonnance 3 relative à la loi sur le travail du 18 août 1993 (OLT 3), RS 822.113) relative à la protection de la santé et sur les commentaires du SECO y relatifs, qui ont valeur de directive (art. 38 OLT 3) (Lempen, CR-CO I, 3^e éd., n. 5 ad art. 328 CO). L'art. 6 LTr dispose que, pour protéger la santé des travailleurs, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise. Il doit en outre prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger l'intégrité personnelle des travailleurs (al. 1). L'employeur doit

notamment aménager ses installations et régler la marche du travail de manière à préserver autant que possible les travailleurs des dangers menaçant leur santé et du surmenage (al. 2). Selon l'art. 5 OLT 3, l'employeur veille à ce que tous les travailleurs occupés dans son entreprise, y compris ceux provenant d'une entreprise tierce, soient informés de manière suffisante et appropriée des risques physiques et psychiques potentiels auxquels ils sont exposés dans l'exercice de leur activité et instruits des mesures de protection de la santé. Cette information et cette instruction doivent être dispensées lors de l'entrée en service ainsi qu'à chaque modification importante des conditions de travail ; elles doivent être répétées si nécessaire (al. 1). L'employeur veille à ce que les travailleurs observent les mesures de protection de la santé (al. 2). Il doit veiller à ce que chaque travailleur connaisse les dangers liés à son travail, susceptibles de menacer sa santé et sache de quelle façon il peut y parer. L'information doit porter principalement sur l'influence et le mode d'action des substances nuisibles à la santé, sur les agents physiques et les sollicitations psychiques présents dans l'exercice de leur activité. Les collaborateurs sont informés et instruits sur le comportement sécuritaire à adopter pour se préserver de ces nuisances, y compris en cas de situation exceptionnelle (Commentaire de l'OLT 3 ad art. 5 al. 1).

La LAA fonde également une obligation générale de protection de la santé, à son art. 82, selon lequel l'employeur est tenu de prendre, pour prévenir les accidents et maladies professionnels, toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions données (al. 1). Les travailleurs sont tenus de seconder l'employeur dans l'application des prescriptions sur la prévention des accidents et maladies professionnels. Ils doivent en particulier utiliser les équipements individuels de protection et employer correctement les dispositifs de sécurité et s'abstenir de les enlever ou de les modifier sans autorisation de l'employeur (al. 3). Quant à l'art. 83 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA, il dispose qu'après avoir consulté les organisations d'employeurs et de travailleurs directement intéressés, le Conseil fédéral édicte les prescriptions sur les mesures techniques, médicales et d'autre nature destinées à prévenir les accidents et maladies

professionnels dans les entreprises. De nombreuses ordonnances ont été édictées sur cette base, notamment l'OPA (Ordonnance sur la prévention des accidents, RS 832.30), qui contient des prescriptions sur la sécurité au travail applicables à toutes les entreprises qui emploient des travailleurs en Suisse (art. 1 OPA). En vertu de l'art. 3 al. 1 OPA, l'employeur est tenu de prendre, pour assurer la sécurité au travail, toutes les dispositions et mesures de protection qui répondent aux prescriptions de la présente ordonnance, aux autres dispositions sur la sécurité au travail applicables à son entreprise et aux règles reconnues en matière de technique de sécurité et de médecine du travail. Ainsi, l'employeur doit mettre à disposition des équipements de protection individuelle adaptés et en parfait état (art. 5 OPA). Il doit notamment veiller à ce que les équipements de travail constituant un danger pour les travailleurs dû à des chutes ou à des projections d'objets, ou à des fuites de substances ou de gaz, doivent être munis de dispositifs de protection, ou des mesures de protection appropriées doivent être prises (art. 28 al. 3 OPA). Les équipements de travail munis de dispositifs de protection ne doivent pouvoir être utilisés que si ces dispositifs sont en position de sécurité ou si, en conditions de service particulières, la sécurité est garantie d'une autre manière (art. 28 al. 4 OPA). L'employeur doit informer et instruire les travailleurs sur les risques liés à l'exercice de leur activité (art. 6 OPA). Plus spécifiquement, l'art. 43 OPA prescrit que les opérations exécutées en conditions de service particulières comme l'ajustage ou le changement de processus de fabrication, la mise au point ou le réglage, l'apprentissage (la programmation), la recherche ou l'élimination des défauts, le nettoyage et les travaux d'entretien, ne doivent être effectuées que sur des équipements de travail dont les dangers ont préalablement été écartés.

3.2.2 Pour être recevable, l'appel doit être motivé et comporter des conclusions. Selon la jurisprudence, pour satisfaire à son obligation de motivation de l'appel prévue par l'art. 311 al. 1 CPC, l'appelant doit démontrer le caractère erroné de la motivation de la décision attaquée et son argumentation doit être suffisamment explicite pour que l'instance d'appel puisse la comprendre, ce qui suppose une désignation précise des passages de la décision qu'il attaque et des pièces du dossier sur

lesquelles repose sa critique (ATF 141 III 569 consid. 2.3.3 ; ATF 138 III 374 consid. 4.3.1 ; TF 5A_356/2020 du 9 juillet 2020 consid. 3.2 ; TF 5A_503/2018 du 25 septembre 2018 consid. 6.3). Il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur les griefs de constatation inexacte des faits, qui se réfèrent de manière toute générale aux « pièces du dossier », sans mentionner des pièces précises, ou à des allégations pour lesquelles aucune pièce n'est mentionnée (CACI 8 juin 2020/223 consid. 2.2 ; CACI 16 décembre 2019/665 consid. 4.2). En effet, il n'appartient pas au juge de rechercher parmi toutes les pièces au dossier où se trouverait l'information alléguée par l'appelante (cf. TF 4A_401/2021 du 11 février 2022 consid. 4.3.2). Le procès se présente différemment en seconde instance, vu la décision déjà rendue. L'appelant doit donc tenter de démontrer que sa thèse l'emporte sur celle de la décision attaquée. Il ne suffit pas que l'appelant renvoie simplement à ses arguments exposés devant le premier juge ou qu'il critique la décision attaquée de manière générale (ATF 141 III 569 consid. 2.3.3 ; ATF 138 III 374 consid. 4.3.1) ; il doit s'efforcer d'établir que, sur les faits constatés ou sur les conclusions juridiques qui en ont été tirées, la décision attaquée est entachée d'erreurs. Il ne peut le faire qu'en reprenant la démarche du premier juge et en mettant le doigt sur les failles de son raisonnement. La motivation est une condition légale de recevabilité de l'appel, qui doit être examinée d'office (TF 5A_577/2020 du 16 décembre 2020 consid. 5). Ainsi, notamment, lorsque la motivation de l'appel est identique aux moyens qui avaient déjà été présentés en première instance, avant la reddition de la décision attaquée (TF 4A_621/2021 du 30 août 2022 consid. 3.1 ; TF 4A_97/2014 du 26 juin 2014 consid. 3.3), ou si elle ne contient que des critiques toutes générales de la décision attaquée ou encore si elle ne fait que renvoyer aux moyens soulevés en première instance, elle ne satisfait pas aux exigences de l'art. 311 al. 1 CPC et l'instance d'appel ne peut entrer en matière (TF 5A_577/2020 précité consid. 5 ; TF 4A_97/2014 précité consid. 3.3 ; TF 5A_438/2012 du 27 août 2012 consid. 2.2 ; sur le tout : TF 5A_779/2021, 5A_787/2021 du 16 décembre 2022 consid. 4.3.1).

Le Code de procédure civile ne prévoit pas qu'en présence d'un mémoire d'appel ne satisfaisant pas aux exigences légales,

notamment de motivation, un délai raisonnable doit être octroyé pour rectification. L'art. 132 al. 1 et 2 CPC ne permet pas de compléter ou d'améliorer une motivation insuffisante, ce même si le mémoire émane d'une personne sans formation juridique, et il ne saurait être appliqué afin de détourner la portée de l'art. 144 al. 1 CPC, lequel interdit la prolongation des délais fixés par la loi (TF 5A_23/2019 du 3 juillet 2019 consid. 3.2.2 ; TF 5A_488/2015 du 21 août 2015 consid. 3.2.2). Aussi le défaut de motivation suffisante rend-il l'appel d'emblée irrecevable, sans qu'il y ait lieu d'interpeller l'appelant (TF 5A_65/2022 du 16 janvier 2023 consid. 3.5.1 et 3.5.2 ; TF 5A_209/2014 du 2 septembre 2014 consid. 4.2.1 ; TF 4A_97/2014 du 26 juin 2014 consid. 3.3). Il n'y a pas non plus lieu, en pareil cas, de statuer sur la base du dossier (TF 5A_438/2012 précité consid. 2.4).

3.3 Les premiers juges ont relevé qu'il ressortait du rapport d'expertise judiciaire du 22 janvier 2022 que certains éléments pouvaient être reprochés à l'intimée et d'autres à l'appelant. Du côté de l'intimée, l'expert avait noté le fait que l'installation était restée en phase de déprogrammation pendant une longue période sans procédure systématique de consignation, le fait qu'il n'y avait pas de dispositif d'alarme de pression dans la cuve et le fait qu'un joint était abîmé. Du côté de l'appelant, l'expert a relevé un non-respect de la procédure LOTO et le démontage du bouchon sans détente (selon les règles de l'art, si l'on s'attend à une pression résiduelle, il faut dévisser d'abord quatre vis, détendre ensuite le joint et dévisser finalement les quatre autres vis).

Selon les premiers juges, il ressortait de l'instruction que l'intimée avait pris toutes les mesures commandées par l'expérience, applicables en juin 2009, en l'état de la technique, qui étaient adaptées aux conditions de l'exploitation, de sorte qu'on ne saurait lui reprocher de ne pas avoir anticipé le risque de projection du bouchon en raison de la présence de pression dans le VAX, lié à un cas quasi improbable, et mis en place un dispositif de sécurité particulier pour l'éviter. Personne n'avait envisagé cette possibilité, ce problème étant inconnu de l'intimée, comme de l'appelant. Le fait que l'intimée ait modifié la procédure LOTO après

l'accident de l'appelant ne signifiait pas qu'elle avait violé son obligation de protection, mais plutôt qu'elle avait fait son possible afin d'éviter qu'un tel accident ne se reproduise à l'avenir, en tenant compte de ce risque de pression, dont l'origine était liée à l'accumulation de différents facteurs indépendants, qui était jusqu'alors inconnu et imprévisible, ainsi que cela résultait de l'expertise (cf. *supra* Let. C/ch. 48).

Les premiers juges ont ainsi retenu que l'intimée n'avait pas violé son obligation de protection découlant de l'art. 328 CO, l'accident subi par l'appelant étant imprévisible selon le cours ordinaire des choses. Partant, la résiliation des rapports de travail en raison de l'incapacité de travail prolongée de l'appelant perdurant au-delà du délai de protection de l'art. 336c CO n'était pas abusive. En outre, dans la mesure où aucune violation par l'intimée de son obligation contractuelle de protection de la personnalité du travailleur au sens de l'art. 328 CO n'était démontrée, la première des quatre conditions de l'employeur faisait défaut, si bien que la responsabilité contractuelle de l'intimée n'était pas engagée, sans qu'il soit nécessaire d'examiner les trois autres conditions de la responsabilité (dommage, lien de causalité et faute présumée).

3.4

3.4.1

3.4.1.1 Selon l'appelant, la procédure LOTO, même appliquée strictement, ne serait pas à même de protéger les employés contre les risques liés à la manipulation de la machine. Il indique à cet égard que le dévissage partiel du bouchon ne permettrait pas de s'assurer de l'absence de pression dans le VAX. En se référant à l'expertise (cf. *supra* Let. C/ch. 48), l'appelant soutient qu'il était envisageable qu'en procédant à un dévissage partiel du bouchon dans les règles de l'art, le bouchon puisse rester dans sa position initiale. Aussi, l'opérateur pouvait légitimement considérer qu'aucune pression ne s'était accumulée dans le VAX, de sorte que le dévissage des vis résiduelles était en apparence sans danger. Par ailleurs, l'appelant s'étonne du fait qu'il ait été en mesure de dévisser jusqu'à sept vis, soit presque l'intégralité des vis qui maintenaient le bouchon sans que celui-ci ne bouge sous la pression, puisque ce n'est qu'à

la huitième vis que le bouchon s'est décollé sous la pression et l'a propulsé, ce qui confirmerait également que le dévissage partiel de quatre vis, soit conformément aux règles de l'art, n'aurait pas permis au bouchon de sortir de son socle, ce qui aurait pu donner la fausse impression qu'aucune pression ne s'exerçait depuis l'intérieur. Le strict respect de la procédure LOTO ne serait donc pas susceptible d'empêcher la survenance de l'accident tel qu'il s'est produit, de sorte que la faute de l'employé n'était pas de nature à rompre le lien de causalité. Par conséquent, en considérant que l'appelant a commis une faute en ne respectant pas strictement la procédure LOTO, l'autorité inférieure aurait versé dans une interprétation manifestement inexacte des faits.

3.4.1.2 En l'espèce, l'appelant soutient qu'il n'aurait pas commis de faute en ne respectant pas strictement la procédure LOTO. Or, si les premiers juges ont effectivement retenu, sur la base de l'expertise, que l'intéressé avait commis une erreur à cet égard, ils ne se sont pas penchés sur la question du lien de causalité. En effet, ils sont parvenus à la conclusion que l'intimée n'avait pas violé son obligation de protection envers ses employés, dans la mesure où il ressortait de l'expertise qu'elle avait pris toutes les mesures commandées par l'expérience, applicables en juin 2009, en l'état de la technique, qui étaient adaptées aux conditions de l'exploitation. Selon les premiers juges, l'employeur ne pouvait donc avoir anticipé le risque de projection du bouchon. Ainsi, la question de savoir si les erreurs commises par l'appelant, à savoir le non-respect de la procédure de déconsignation LOTO et le démontage du bouton sans détente, avaient rompu le lien de causalité ou non n'a pas été abordée, de sorte que sa critique sur ce point n'est pas pertinente.

Au surplus, il ressort de l'instruction qu'en respectant strictement les mesures de déconsignation LOTO, l'appelant aurait pu et dû se rendre compte de la présence de pression résiduelle dans le VAX. Dite procédure prévoyait notamment l'obligation pour tout opérateur de supprimer toutes les énergies avant toute intervention humaine sur un équipement. L'expert a précisé que l'appelant aurait dû s'assurer personnellement, sans faire confiance à autrui, de l'absence d'énergies

dans le VAX (cf. *supra* Let. C/ch. 3b et c). Cette information était disponible sur l'écran de la salle de contrôle à laquelle il avait accès. Selon l'expert, l'appelant était ainsi en mesure de constater une valeur supérieure à la normale avant de débiter le démontage, ce que l'appelant ne conteste pas. Il reconnaît d'ailleurs dans son appel qu'il aurait été en mesure de se mettre hors de danger s'il avait eu connaissance de la pression contenue dans le VAX (cf. *infra* consid. 3.4.5.2). C'est dès lors en vain que l'appelant tente de soutenir que le dévissage partiel ne permettait pas de s'assurer de l'absence de pression. Ce faisant, il n'apporte pas la preuve que la procédure LOTO, appliquée strictement, n'était pas à même d'empêcher l'accident et, partant, de protéger les employés contre les risques liés à la manipulation de la machine.

Le grief est, dans la mesure de sa recevabilité, rejeté.

3.4.2

3.4.2.1 L'appelant se prévaut également d'un défaut de maintenance du VAX par l'intimée. Il se réfère à cet égard aux déclarations de l'expert, indiquant que la machine présentait une « défectuosité technique mineure et quasi improbable ». Selon l'appelant, l'expert aurait confirmé que le joint abîmé sur un siège de vanne pouvait être imputable à un manque de maintenance préventive. Il s'agirait-là d'une violation par l'employeur de l'art. 28 al. 1 et 3 OPA.

3.4.2.2 En l'espèce, il ne ressort pas de l'expertise (cf. Let. C/ch. 48) que le joint abîmé était imputable à un manque de maintenance préventive. En effet, l'expert a laissé ouverte la question de savoir d'où provenait la fuite : « joint abîmé sur un siège de vanne (usure ? - manque de maintenance préventive ? - incident ? défaut matière ? etc.) ». L'appelant se borne ainsi à soutenir sa propre thèse sans faire la moindre allusion à un quelconque élément établi de l'instruction qui la soutiendrait, ce qui s'avère irrecevable. Au surplus, l'expert a relevé que la fuite était minime et qu'elle n'était pas détectable (cf. *supra* Let. C/ch. 3d). Ainsi, la pression accumulée dans le VAX résultait d'un cumul d'événements inhabituels, qui pris individuellement, n'étaient pas spécifiquement

dangereux et qui ne devaient pas porter atteinte à la sécurité des opérateurs. A cela s'ajoute que l'employeur a mis en place une procédure LOTO, qui observée scrupuleusement, aurait permis de détecter la pression accumulée dans le VAX. Partant, le grief est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

3.4.3

3.4.3.1 Selon l'appelant, l'employeur avait connaissance du problème de pression, puisqu'il a conçu un système permettant de calculer la pression, qu'il a installé une voie d'évacuation lourdement sécurisée, et qu'il a sensibilisé ses employés aux énergies comme la pression dans la machine, par l'apprentissage de la procédure LOTO. Dans ce cas, le fait pour l'intimée de ne pas se doter d'un système d'alarme permettant d'avertir toute personne opérant sur la machine de la pression contenue serait constitutif d'une faute. Il ajoute que l'éjection possible du bouchon sous la pression de l'air serait un risque inhérent à la manipulation d'une machine sous pression. Cet élément aurait d'ailleurs été reconnu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. CASSO du 27 janvier 2020 AA 133/18 - 14/2020), de sorte que c'est à tort que les premiers juges ont retenu que ce risque était méconnu ou encore imprévisible. En outre, la position du bouchon située à hauteur des organes vitaux à l'horizontale serait consécutive d'un danger très important pour son utilisateur. Il serait de surcroît contradictoire que l'intimée considère que l'appelant aurait commis une faute grave en ne vérifiant pas la pression dans le VAX, dans la mesure où elle prétend elle-même ignorer les risques liés à cette pression. Partant, l'intimée aurait dû anticiper le risque de projection du bouchon en raison de la présence de pression dans le VAX.

3.4.3.2 En l'espèce, l'appelant soutient, de façon parfaitement non étayée, que l'intimée était « nécessairement consciente » de ces lacunes putatives. S'il a certes invoqué l'arrêt rendu par la Cour des assurances sociales le 27 janvier 2020 à l'appui de sa thèse, contraire à la solution du jugement attaqué, selon laquelle le risque d'éjection du bouchon du VAX était connu ou prévisible, il n'a pas tenté de démontrer que cet élément

aurait été à tort méconnu par les premiers juges, malgré qu'il l'aurait dûment introduit en procédure : il ne fait référence ni à un passage du jugement, ni à un allégué, ni à aucune pièce produite par les parties en référence audit allégué. Il en va de même lorsque l'appelant soutient que la hauteur fixée du bouchon était particulièrement dangereuse, sans aucune référence à l'expertise, au demeurant non critiquée. Il faut constater que, sur ces points également, l'appelant ne se livre pas à une critique suffisamment étayée de l'appréciation des premiers juges selon lesquelles une faute de l'employeur n'était pas établie à satisfaction, contrairement à l'obligation de motivation qui lui incombe (art. 311 al. 1 CPC).

Quant à la question de savoir si l'intimée aurait dû mettre en place un système d'alarme afin de détecter la fuite d'énergies, celle-ci peut rester ouverte, dès lors que l'appelant échoue de toute manière à démontrer l'existence d'un dommage, condition nécessaire à l'application de l'art. 328 CO (cf. *infra* consid. 4.4).

3.4.4 L'appelant soutient encore que l'intimée tolérait *de facto* que les employés ne respectaient pas strictement la procédure LOTO. Là aussi, il ne se réfère à aucun élément de l'instruction et se contente d'alléguer sa propre thèse, de sorte que sa critique n'est pas recevable (art. 311 al. 1 CPC).

3.4.5

3.4.5.1 Enfin, l'appelant rappelle que l'intimée est responsable du dommage causé par ses auxiliaires dans le cadre de l'accomplissement de leur travail (art. 101 al. 1 CO). Durant l'intervention, A.C. _____ n'aurait pas informé l'appelant du fait que la pression était élevée dans le VAX. Si l'appelant avait été informé d'une pression importante dans la machine, il aurait pu prendre des dispositions susceptibles de le mettre hors danger. Il s'agirait d'une faute de l'employé précité, laquelle engagerait la responsabilité de l'intimée.

3.4.5.2 En l'espèce, comme on l'a vu, la procédure de déconsignation LOTO prévoyait que chaque employé devait s'assurer personnellement de la mise en sécurité de l'appareil (absence d'énergie) avant toute intervention humaine, ce que l'expert a d'ailleurs confirmé. Il ne fallait pas faire confiance à autrui et vérifier soi-même les conditions-cadres sécuritaires. L'appelant ne réfute du reste pas qu'il avait été sensibilisé à ce sujet. Il ressort ainsi de l'expertise - que l'appelant ne conteste pas - qu'il devait être en mesure de constater la présence d'énergie résiduelle dans le VAX avant de débiter le démontage et, partant, selon ses propres dires, de prendre des dispositions susceptibles de se mettre hors de danger. Le grief doit dès lors être rejeté.

4.

4.1 L'appelant relève les conséquences particulièrement dommageables découlant de l'accident en se référant aux allégués 41 à 56 et 201 à 204 de ses écritures de première instance. Il fait valoir que sa situation personnelle et professionnelle aurait été particulièrement impactée depuis la survenance de l'accident et que cette situation serait imputable au comportement fautif de l'employeur. Il relève à cet égard qu'il est en incapacité de travail totale depuis l'accident et n'a dès lors pas été en mesure de reprendre un emploi, ce qui justifierait de lui allouer un tort moral d'un montant de 100'000 francs.

4.2

4.2.1 En vertu de l'art. 47 CO, le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles une indemnité équitable à titre de réparation morale. Cette indemnité a pour but exclusif de compenser le préjudice que représente une atteinte au bien-être moral. Le principe d'une indemnisation du tort moral et l'ampleur de la réparation dépendent d'une manière décisive de la gravité de l'atteinte, de l'intensité et de la durée des effets sur la personnalité de la personne concernée, du degré de la faute du responsable, d'une éventuelle responsabilité concomitante du lésé ainsi que de la possibilité d'adoucir de façon sensible, par le versement d'une somme d'argent, la

douleur physique ou morale (ATF 141 III 97 consid. 11.2 ; ATF 132 II 117 consid. 2.2.2 ; ATF 123 III 306 consid. 9b, rés. *in* JdT 1998 I 27).

Les lésions corporelles, qui englobent tant les atteintes physiques que psychiques, doivent donc en principe impliquer une importante douleur physique ou morale ou avoir causé une atteinte durable à la santé. Parmi les circonstances qui peuvent, selon les cas, justifier l'application de l'art. 47 CO, figurent avant tout le genre et la gravité de la lésion, l'intensité et la durée des répercussions sur la personnalité de la personne concernée, le degré de la faute de l'auteur ainsi que l'éventuelle faute concomitante de la victime (ATF 141 III 97 précité consid. 11.2 ; TF 4A 631/2017 du 24 avril 2018 consid. 3.1).

4.2.2 L'art. 8 CC impose au demandeur d'alléguer et de prouver les faits générateurs à la base de sa prétention (ATF 109 II 231 consid. 3c/bb ; TF 4A_126/2019 du 17 février 2020 consid. 6.1.2).

4.3 S'agissant de la prétention en tort moral de l'appelant, les premiers juges ont relevé que même si une violation de l'art. 328 CO par l'intimée avait été établie, la prétention de l'appelant aurait de toute manière dû être rejetée. Ils ont en effet retenu que sur la base des allégués de l'appelant et des avis des différents médecins consultés, il était impossible de déterminer quelles seraient les atteintes dont l'appelant souffrirait se trouvant en rapport de causalité naturelle et adéquate avec la violation de son obligation par l'intimée et causant chez lui une incapacité de travail. En outre, la preuve du dommage incombait à l'appelant et celui-ci n'avait pas allégué les éléments nécessaires pour établir son existence et son montant. La responsabilité de l'intimée ne pouvait donc pas être retenue, le lien de causalité et le dommage n'étant pas prouvés.

4.4 En l'espèce, l'appelant n'étaye pas sa prétention en allocation de 100'000 fr. à titre de tort moral et se limite à renvoyer à ses allégués 41 à 56 ainsi que 201 à 204, sans aucune référence à une quelconque preuve que l'instruction aurait mise en évidence, ce qui s'avère insuffisant

compte tenu de son devoir de motivation (art. 311 al. 1 CPC ; cf. *supra* consid. 3.2.2).

Les premiers juges ont d'ailleurs relevé que le dommage n'avait pas été établi par l'appelant, sans que celui-ci ne remette en cause cette considération, en invoquant, par exemple, que certaines preuves n'auraient à tort pas été prises en compte. Or, pour obtenir gain de cause, il ne suffit pas de prétendre mais il faut au surplus démontrer (art. 8 CC), ce que l'appelant ne tente pas de faire en l'occurrence. C'est le lieu de préciser que la question du lien de causalité entre les souffrances de l'appelant et l'accident, eu égard aux nombreux certificats et rapports médicaux produits, est loin d'être évidente. Partant, le grief de l'appelant est irrecevable.

5.

5.1 En définitive, l'appel, manifestement infondé, doit être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité (art. 312 al. 1 *in fine* CPC), et le jugement confirmé.

5.2 La requête d'assistance judiciaire de l'appelant doit être rejetée, l'appel étant, pour les motifs qui précèdent (cf. *supra* consid. 3.4 à 4.4), d'emblée dénué de chance de succès, de sorte qu'il n'aurait pas été formé par un plaideur raisonnable (art. 117 let. b CPC).

5.3 Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 1'000 fr. (art. 62 al. 1 et 67 al. 3 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; BLV 270.11.5]), sont mis à la charge de l'appelant, qui succombe (art. 106 al. 1 CPC).

Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens de deuxième instance, l'intimée n'ayant pas été invitée à se déterminer sur l'appel (art. 312 al. 1 *in fine* CPC)

Par ces motifs,
la Cour d'appel civile
prononce :

- I.** L'appel est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** Le jugement est confirmé.
- III.** La requête d'assistance judiciaire de deuxième instance est rejetée.
- IV.** Les frais judiciaires de deuxième instance, arrêtés à 1'000 fr. (mille francs), sont mis à la charge de l'appelant T._____.
- V.** L'arrêt est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

Du

Le présent arrêt, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour T._____),
- Me Corinne Monnard Séchaud (pour S._____),

et communiqué, par l'envoi de photocopies, à :

- Mme la Juge déléguée de la Chambre patrimoniale cantonale.

La Cour d'appel civile considère que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 francs.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière civile devant le Tribunal fédéral au sens des art. 72 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral - RS 173.110), le cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Dans les affaires pécuniaires, le recours en matière civile n'est recevable que si la valeur litigieuse s'élève au moins à 15'000 fr. en matière de droit du travail et de droit du bail à loyer, à 30'000 fr. dans les autres cas, à moins que la contestation ne soulève une question juridique de principe (art. 74 LTF). Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :