

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 décembre 2019

---

Composition : M. NEU, président  
M. Monod et Mme Dormond Béguelin, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à **N.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** F. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant tunisien né en 1977, a exercé l'activité de magasinier auprès de M. \_\_\_\_\_ SA à partir du 18 août 2006.

Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**B.** En date du 7 septembre 2006, il a été victime d'un accident de la circulation, alors qu'il se trouvait au volant de son véhicule privé. Il a été percuté sur le flanc droit par un camion de la voirie, lequel a traîné son véhicule sur une cinquantaine de mètres. Suite au choc, la voiture de l'assuré a heurté un véhicule de livraison avant de s'immobiliser. Après désincarcération de son véhicule, totalement détruit, l'assuré a été hélicoptéré à l'Hôpital D. \_\_\_\_\_ où il a été hospitalisé jusqu'au 12 septembre 2006.

Le Service de chirurgie thoracique dudit hôpital a fait état des diagnostics suivants, dans un rapport établi le 19 septembre 2006 :

- pneumothorax droit drainé ;
- contusion pulmonaire minime ;
- fracture des côtes cervicales droites ;
- fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite ;
- plaie du conduit auditif externe droit ;
- fracture du coude droit ;
- décompensation psychotique.

Le rapport précité signalait qu'à sa sortie de l'hôpital, l'assuré bénéficierait d'un traitement par plâtre brachio-anti-brachio-palmaire (BAB) d'une durée de quatre à six semaines et de séances de physiothérapie.

Le sinistre a été formellement annoncé par M. \_\_\_\_\_ SA à la CNA le 25 septembre 2006, laquelle a servi ses prestations dès la date de l'accident.

Le Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital D. \_\_\_\_\_ a par ailleurs prononcé une incapacité totale de travail du 7 septembre 2006 au 16 novembre 2006 dans un rapport adressé à la CNA le 25 octobre 2006.

**C.** En date du 22 février 2007, un inspecteur de la CNA s'est rendu au domicile de l'assuré en vue d'évaluer globalement sa situation. A cette occasion, ce dernier a déclaré ce qui suit :

« [...] Le problème du pneumothorax droit est réglé. Il subsiste quelques douleurs aux côtes aux efforts. Mon coude droit, par contre, laisse subsister un défaut de calcification, avec des douleurs au toucher et lors des mouvements de flexion du bras. Il y a aussi des briques de verre incrustées dans la peau. Le médecin de l'Hôpital D. \_\_\_\_\_ va m'opérer pour extraire ces briques et placer une vis dans le coude. Il va laisser, par contre, deux autres briques sur le dos de l'avant-bras, l'ablation étant très risquée. Il sera procédé aussi à la mise en place de 2 vis dans ma hanche droite, ayant des douleurs aux mouvements de flexion du tronc ou en charge. Il en sera discuté ce jour à l'Hôpital D. \_\_\_\_\_ avec le Dr R. \_\_\_\_\_. Il subsiste aussi des briques de verre sur le côté droit du crâne, en-dessus de l'oreille. Mon ouïe est à nouveau en ordre, comme avant. Ce sont actuellement mon coude et ma hanche droite qui me gênent pour reprendre mon activité, même partiellement. Il n'y a pas de travaux de bureau. Mon incapacité est donc encore totale.

Sur le plan psychique, j'ai un peu souffert de cet accident, ayant des problèmes de sommeil, des soucis quant à mon poste de travail et à la perte de ma voiture. [...] »

Un rapport médical a été complété le 23 mars 2007 à l'adresse de la CNA par le médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr G. \_\_\_\_\_, lequel n'a mentionné aucune date de reprise possible de l'activité lucrative. Il a précisé que son patient se plaignait de « douleurs récurrentes du coude et du poignet droits malgré le traitement antalgique » et qu'il présentait « un état dépressif avec angoisse (état de stress post-traumatique) ». Il a recommandé la mise en place d'une psychothérapie sous suite d'une évaluation psychiatrique de l'assuré.

Compte tenu de la persistance de l'incapacité totale de travail à tout le moins jusqu'au 30 juillet 2007, attestée par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie au sein de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, la CNA a soumis la situation de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le Dr A.\_\_\_\_\_, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Ce dernier a procédé à un examen en date du 19 juillet 2007, consignnant les éléments suivants dans le rapport corrélatif :

« On se trouve chez ce magasinier, à présent sans emploi, à un peu plus de dix mois d'un accident s'étant soldé par une fracture du condyle huméral droit, des fractures costales avec pneumothorax droit et contusion pulmonaire ainsi qu'une plaie du conduit auditif externe.

Les fractures ont été traitées conservativement. L'évolution actuelle est marquée par la persistance de quelques douleurs post-fracturaires sur lesquelles semblent se greffer un état de stress post-traumatique.

A l'examen de ce jour, outre la persistance de quelques douleurs post-fracturaires du coude, des côtes et du bassin, l'assuré signale encore quelques cauchemars liés à l'accident. Il est encore tributaire d'une canne pour les déplacements extérieurs et on relève un léger déficit de la fonction articulaire du coude droit où l'on palpe quelques indurations correspondant à des corps étrangers au pourtour de l'épicondyle.

Dans l'état un séjour de réadaptation à la Clinique S.\_\_\_\_\_ nous paraît indiqué. Le séjour aura principalement pour objectif d'améliorer les douleurs et d'améliorer la marche pour sevrer cet assuré de sa canne.

On pourra également effectuer l'évaluation psychiatrique souhaitée par son médecin traitant dans le contexte de l'état de stress post-traumatique évoqué.

Cet assuré ayant perdu son emploi de magasinier, le calendrier de la reprise du travail devra s'effectuer sur une base médico-théorique. Nous ajouterons par ailleurs qu'une exploration chirurgicale de la région épicondylienne sera vraisemblablement tôt ou tard nécessaire pour l'ablation des corps étrangers que l'on palpe à l'examen de ce jour. »

L'assuré a formulé une requête de prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc le 13 août 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Il a séjourné au sein de la Clinique S.\_\_\_\_\_ à Z.\_\_\_\_\_ du 29 août 2007 au 7 septembre 2007, laquelle a communiqué son rapport daté du 21 septembre 2007, accompagné d'un rapport de physiothérapie et d'un consilium psychiatrique.

Les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et I.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au service de réadaptation générale, ont pris en considération les diagnostics suivants :

Diagnostic primaire

- thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

Diagnostics secondaires

- pneumothorax droit drainé (T 91.4 ; Z 98.8)
- contusion pulmonaire minime (T 91.4)
- fracture de côte cervicale droite (T 91.2)
- fracture et arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure à droite (T 91.2)
- fracture de l'aile iliaque droite (T 91.2)
- fracture peu déplacée de l'épicondyle de l'humérus droit (T 92.1)
- plaie du conduit auditif externe droit (T 90.0)

Comorbidités

- trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante (F 43.23) de type post-traumatique.

Au terme de leur appréciation et discussion du cas, ils ont fait part de leurs conclusions comme suit, préconisant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de magasinier, ce en collaboration avec le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie :

« A l'entrée, [l'assuré] utilise toujours une canne pour les longues distances. Il se dit gêné par les douleurs de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, apparaissant à la mobilisation et à la marche et estimées à environ 8-9/10 sur l'échelle EVA [réd. : échelle visuelle analogique d'évaluation de la douleur]. Le patient avance également des douleurs fessières, à droite, survenant surtout lors des exercices ou lors de la marche. Pas de douleur nocturne. Pas de trouble neurologique. [L'assuré] déclare des douleurs de l'épicondyle latéral du coude droit, lors de la mobilisation ou lors du port de charges, à environ à 10/10 sur l'échelle EVA. Il reste toujours les corps étrangers (débris de verre au coude qu'il est prévu d'enlever). Les infiltrations par Cortisone n'améliorent pas ces douleurs.

Du point de vue psychique, on relève surtout des symptômes et signes anxieux en lien avec son accident, dont des cauchemars, le sentiment que son accident est encore tout récent, des épisodes d'angoisse sur déclencheurs, par exemple les camions, ainsi qu'un évitement relatif (conduite automobile). Le patient souligne aussi l'impact de son accident sur son épouse et sur leur vie de couple, en particulier au niveau de la sexualité. La thymie globale est actuellement maintenue avec capacité de modulation satisfaisante selon les sujets évoqués. Il n'y a pas de signe pour un trouble psychotique ou un trouble de la personnalité.

Le tableau clinique actuel révèle donc un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante dont plusieurs signes de type post-traumatique. Du point de vue thérapeutique, maintien du Remeron et suivi psychothérapeutique centré sur son vécu de

l'accident, durant le séjour. Les symptômes présentés par le patient restent relativement marqués, et nécessitent la poursuite du traitement de Remeron introduit depuis quelques mois, ainsi qu'un traitement psychothérapeutique centré sur le vécu traumatique. Pour ce faire, un certificat attestant de l'indication à un traitement spécialisé a été remis au patient, ainsi que l'adresse d'un psychothérapeute travaillant à V.\_\_\_\_\_. [...]

Du point de vue professionnel, [l'assuré] a travaillé dans diverses activités, dans des travaux temporaires. Il a signé un contrat de durée indéterminée le 18.08.2006 en tant que magasinier, mais a été licencié pour le 30.04.2007. Dans l'état actuel des choses, l'incapacité de travail est totale. L'évaluation durant le séjour n'a pas pu être menée à son terme, il ne nous est donc pas possible de nous déterminer sur le pronostic de reprise du travail à long terme. Cependant, il existe des facteurs non-médicaux qui influencent négativement le pronostic de reprise du travail chez ce patient. Nous proposons que la situation soit réévaluée d'ici 3 mois par le médecin d'agence et sommes à disposition pour une réhospitalisation dans le cadre d'une évaluation courte. [...] »

L'assuré a été une nouvelle fois examiné par le Dr A.\_\_\_\_\_, en sa qualité de médecin d'arrondissement de la CNA, le 18 janvier 2008, lequel a constaté que la situation n'était « pas encore tout à fait stabilisée », la capacité de travail demeurant nulle à ce stade. Sur le plan thérapeutique, ce praticien a relevé l'indication de « l'ablation chirurgicale des corps libres du coude droit », ensuite de quoi « une reprise dans une activité adaptée et une annonce au chômage [pourraient] être envisagées ». Il a précisé qu'un reclassement éventuel dans une nouvelle profession sous l'égide de l'OAI devrait « s'effectuer dans une activité n'exigeant pas de manutentions lourdes, de déplacements fréquents ou en terrain irrégulier et permettant l'alternance des positions ».

La Dre W.\_\_\_\_\_, médecin assistante au sein du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, a produit un rapport intermédiaire à l'attention de la CNA le 5 mai 2008, où elle a observé notamment une « tendinite du muscle psoas, du muscle pyramidal et du moyen fessier à droite ». Elle a souligné que l'évolution était « lentement favorable vu la tendinite » des muscles précités, tandis que le patient poursuivait le traitement de physiothérapie.

Sur recommandation du Dr A.\_\_\_\_\_, l'assuré a consulté le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès de la Clinique K.\_\_\_\_\_, en date du 19 août 2008, lequel a confirmé la possibilité

d'extraire par chirurgie les fragments de verre incrustés dans le coude droit.

Par décision du 26 novembre 2008 de l'OAI, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux de 100%, pour la période limitée s'étendant du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 30 avril 2008, l'administration ayant considéré qu'une activité adaptée pouvait être exercée à 100% dès le mois de février 2008.

En date du 13 mars 2009, la Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, ainsi que médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen de l'assuré afin d'établir un bilan de l'évolution de son état de santé. Elle a libellé le rapport corrélatif en ces termes sous la rubrique « Appréciation du cas » :

« [...] Nous nous trouvons dans une situation assez stationnaire par rapport à l'examen du médecin d'arrondissement, le Dr A.\_\_\_\_\_, du 18.01.2008 avec des plaintes subjectives qui restent importantes chez un patient qui présente une importante boiterie à la marche, se déplaçant avec une canne.

Au plan objectif, [l'assuré] est en bon état général apparent, il n'est pas déconditionné au plan musculaire, ce sujet longiligne présente en effet une musculature qui reste bien développée, symétrique.

Il annonce d'importantes douleurs hémi-corporelles droites. En ce qui concerne le status post-fracturaire du coude, nous notons des amplitudes articulaires complètes pour le coude droit. L'évolution radiologique est favorable avec toutefois une exostose du condyle et une petite solution de continuité encore visible au niveau de l'olécrâne, sans répercussion fonctionnelle.

Nous remercions le Dr B.\_\_\_\_\_ de bien vouloir reprendre contact avec [l'assuré] pour fixer une date opératoire pour l'ablation des corps étrangers des tissus mous avoisinants.

Il persiste des thoracodynies droites avec un status pulmonaire calme, qui se conforte au contrôle radiologique de ce jour, permettant d'exclure un syndrome restrictif après le pneumothorax, la contusion et les fractures de côtes à droite.

En ce qui concerne les douleurs de l'hémi-bassin droit, elles s'inscrivent dans un contexte de douleurs insertionnelles tendino-musculaires avec une tendinite du psoas cliniquement, des douleurs aggravées par la mise sous tension du pyramidal, du moyen fessier, sans qu'il y ait de signe d'hypotrophie localement, ni de déficit sensitif ou moteur identifiable. Il n'y a pas de limitation des amplitudes coxo-fémorales. L'arrachement de l'épine iliaque nous paraît consolidé.

Une comorbidité psychiatrique nous paraît prédominer le tableau clinique actuel et nous proposons à son médecin-traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, de réévaluer cet élément auprès d'un confrère psychiatre.

Rappelons que [l'assuré] avait présenté en milieu hospitalier dans les suites directes de son accident une décompensation psychotique et il avait été retenu à la Clinique S.\_\_\_\_\_ une problématique d'ordre psychiatrique.

Des suites de l'accident, nous admettons comme limitations fonctionnelles, l'évitement de la marche prolongée, de devoir se déplacer sur un terrain instable, une échelle, un escabeau, l'évitement du port de charges supérieures à une vingtaine de kilos de manière occasionnelle et 10kg de manière répétitive. Il faut également éviter les activités avec des engins vibrants avec le MS [réd. : membre supérieur].

Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, l'exigibilité me paraît totale.

Au plan psychiatrique, je remercie le service compétent de juger du lien de causalité avec les suites de l'accident. »

**D.** Par pli du 9 avril 2009, la CNA a indiqué à l'assuré que la poursuite d'un traitement subséquent ne serait pas de nature à améliorer son état de santé consécutif à l'accident, à l'exception de l'intervention envisagée \_\_\_\_\_ auprès \_\_\_\_\_ du Dr B.\_\_\_\_\_. Elle l'a avisé de la fin du versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2009 et d'une décision ultérieure quant à son droit éventuel à d'autres prestations d'assurance.

La CNA a en outre sollicité les éléments du revenu hypothétique sans invalidité auprès de M.\_\_\_\_\_ SA, lequel a fait part d'un tarif horaire de 20,95 fr. valable en 2007 et 2008, respectivement 21,21 fr. en 2009.

La Dre X.\_\_\_\_\_ a pour sa part procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, communiquant son évaluation dans un avis du 17 avril 2009, à concurrence de 7,5% justifiés comme suit :

« Notre estimation est fondée sur la table 7 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA. Par analogie, bien qu'il ne s'agisse pas d'un syndrome sacro-iliaque, la consolidation fracturaire au niveau de l'épine iliaque est responsable de douleurs résiduelles modérées, mais survenant même au repos pour lesquelles j'attribue un taux de 5%.

Bien qu'il n'y ait pas encore d'arthrose au niveau du coude, la présence de l'exostose et de la petite solution de continuité oléocrânienne encore visible, il faut tenir compte du risque arthrosique auquel j'inclus les séquelles cutanées cicatricielles sur corps étrangers (table 8). Il s'agit d'une zone couverte mais donnant une vulnérabilité accrue et des modifications de sensibilité. J'attribue

2,5% en tenant compte du risque arthrogène du coude et des troubles cutanés en zone adjacente associée.  
Le taux global est donc de 7,5%. »

Par décision du 5 mai 2009, la CNA a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité conforme au taux de 7,5% déterminé par la Dre X.\_\_\_\_\_, correspondant à 8'010 francs. Elle a par ailleurs nié à l'assuré le droit à une rente, considérant que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas sa capacité de gain de manière significative. Elle a au surplus estimé que les troubles psychogènes restreignant éventuellement la capacité de travail de l'assuré n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident.

**E.** L'assuré a formé opposition contre la décision précitée par acte de son mandataire, Me Philippe Nordmann, en date du 3 juin 2009, se prévalant du défaut de stabilisation de son état de santé tant sur le plan psychique que somatique et mettant en exergue l'intervention chirurgicale prévue le 11 juin 2009 auprès du Dr B.\_\_\_\_\_. Il a souligné par ailleurs la nécessité d'une évaluation psychiatrique de sa situation, ainsi que l'avait retenu la Dre X.\_\_\_\_\_, ce qui démontrait que le terme des prestations arrêté au 31 mai 2009 était prématuré. Il a en conséquence conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à la poursuite du versement des indemnités journalières à compter du 1<sup>er</sup> juin 2009.

Par pli du 25 août 2009, après avoir pris connaissance de son dossier original, l'assuré a déclaré maintenir la procédure d'opposition et produit les certificats médicaux attestant de la poursuite de son incapacité totale de travail.

En date du 2 septembre 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué à la CNA que l'extraction de fragments de verre du coude et de l'oreille droite, réalisée le 11 juin 2009, avait entraîné une incapacité totale de travail du 12 au 21 juin 2009.

Le Dr C.\_\_\_\_\_, chef de clinique au sein du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, a fait parvenir au Dr G.\_\_\_\_\_, et à la CNA un rapport d'examen de l'assuré, \_\_\_\_\_ réalisé \_\_\_\_\_ le 3 septembre 2009, où il a relaté les éléments suivants :

« [...] Votre patient présente un syndrome douloureux chronique assez étendu, dépassant le contexte purement accidentel, s'inscrivant plus dans un contexte conflictuel sur le plan asséculoologique.

Ici, nous sommes fortement limités dans nos approches thérapeutiques malheureusement. En plus, nous nous trouvons à 3 ans de la prise en charge du traumatisme et la probabilité qu'une approche thérapeutique puisse amener à un changement de ce schéma douloureux diminue de manière vertigineuse.

Sur le plan psychologique, un suivi me semble indiqué chez ce patient, dont le traumatisme me semble encore passablement présent. Il y a de nombreuses appréhensions. Il n'y a pas de réels signes comportementaux.

Nous allons poursuivre le traitement physiothérapeutique en piscine. Je reverrai [l'assuré] d'ici 2 mois, mais je reste dubitatif quant à l'aide apportée par une prise en charge ambulatoire. [...] »

Le spécialiste précité a attesté au surplus de la poursuite d'une incapacité totale de travail, ce sur quoi l'assuré a insisté à l'issue d'un courrier adressé à la CNA le 30 septembre 2009, auquel était jointe la feuille-accident LAA confirmant ladite incapacité.

La CNA a procédé à la détermination du taux d'invalidité de l'assuré dans une note interne du 3 novembre 2011, retenant au titre de revenu hypothétique sans invalidité le montant annuel de 48'300 fr. à plein temps, sur la base d'un salaire annuel de 31'733 fr. au tarif horaire de 21,21 fr. pour un horaire de travail hebdomadaire moyen de 27,62 heures auprès de M.\_\_\_\_\_, SA. Quant au revenu d'invalidité, la CNA a pris en compte cinq descriptifs de poste de travail, à savoir ceux de magasinier léger, aide de réception, agent d'exploitation, employé d'expédition et ouvrier léger, où des salaires annuels oscillant entre 48'000 fr. et 53'100 fr. étaient versés pour une activité à plein temps. Au vu d'un taux d'activité exigible de l'assuré, estimé entre 80% et 90%, la CNA a constaté que le taux d'invalidité mis à jour n'ouvrait aucun droit à une rente d'invalidité.

Le 29 octobre 2009, l'assuré a rappelé à la CNA l'urgence de sa situation, l'informant de son rendez-vous prochain auprès de l'Hôpital orthopédique de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_ et joignant un nouveau certificat de son médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, lequel préconisait le maintien de l'incapacité totale de travail pour une durée de quatre à six mois.

La CNA a établi sa décision sur opposition le 9 novembre 2009, admettant partiellement l'opposition de l'assuré, à savoir prononçant la prise en charge des frais de traitement et le versement des indemnités journalières jusqu'au 18 juin 2009 en lieu et place du 31 mai 2009, ce afin de tenir compte de l'intervention réalisée par le Dr B.\_\_\_\_\_. L'opposition a été rejetée pour le surplus, la CNA ayant considéré sur la base des avis de ses médecins d'arrondissement que la situation était stabilisée sur le plan physique à l'issue de l'intervention précitée. Du point de vue psychique, elle a derechef nié tout lien de causalité adéquate entre les troubles constatés et l'accident du 7 septembre 2006, se fondant sur les critères développés par la jurisprudence fédérale sur cette question. Elle a en outre confirmé le refus de rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 10%, que la comparaison des revenus soit effectuée sur la base des descriptifs de poste de travail ou des salaires statistiques. Elle a enfin maintenu l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5% conformément à l'appréciation de la Dre X.\_\_\_\_\_ en l'absence d'éléments concrets de nature à remettre en cause celle-ci.

**F.** Par décision du 23 novembre 2009, la CNA a procédé à la révision procédurale des indemnités journalières servies à l'assuré du 10 septembre 2006 au 31 mai 2009, ainsi que du 11 juin 2009 au 21 juin 2009, ramenant le montant journalier versé de 109 fr. 15 à 67 fr. 25, au vu des éléments fournis par M.\_\_\_\_\_ SA. Elle a en conséquence réclamé la restitution des sommes octroyées à tort à concurrence de 41'436 fr. 05 sur la base de l'art. 25 LPGA.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a transmis le rapport d'examen de l'assuré, effectué à l'Hôpital D. \_\_\_\_\_ le 24 novembre 2009, tant au Dr G. \_\_\_\_\_ qu'à la CNA, concluant en ces termes :

« [...] Depuis notre dernière entrevue, il a été un peu aidé par le Sirdalud, par contre se plaint toujours de ses mêmes douleurs que ce soit les gonalgies gauches avec un périmètre de marche d'une dizaine de minutes, pour lesquelles une genouillère a été prescrite qui semble l'aider en partie. Il signale aussi des cervicalgies qu'il avait présentées lors de la première consultation.

Le patient apporte son dossier radiologique. Le bilan radiologique du bassin du 13.03.2009 montre un status après arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure à confronter avec une IRM du bassin et de la hanche droite faite le 02.04.2009 qui n'avait pas montré de lésions actives.

Néanmoins le patient reste toujours gêné. [...]

Globalement, une amélioration modérée, même si fonctionnellement elle est nette. Le patient reste fixé sur ses plaintes qu'il a de la peine à gérer. Je lui conseille de poursuivre l'utilisation de Sirdalud.

Dans cette situation, je ne vois pas l'utilité de poursuivre le suivi dans l'Unité de réhabilitation. Le patient connaît ce qui est demandé. Concernant sa demande AI, il serait peut-être utile dans cette situation éventuellement de fournir une évaluation de la capacité fonctionnelle qui permettra de juger sur sa capacité actuelle. Ce genre de bilan peut être demandé par notre intermédiaire, mais il faut d'abord aussi avoir un accord de la part de l'assurance concernée. [...] »

En date du 1<sup>er</sup> décembre 2009, l'assuré a contesté par voie d'opposition la décision de restitution de la CNA du 23 novembre 2009, se prévalant d'un gain assuré nettement supérieur à celui retenu par l'assureur motif pris de l'exercice d'une activité auxiliaire de nettoyeur de voitures. Il a joint à son courrier le contrat conclu le 28 juin 2006 avec H. \_\_\_\_\_ SA et les fiches des salaires réalisés de juin 2006 à août 2006. S'agissant de son activité auprès de M. \_\_\_\_\_ SA, il a mis en exergue un horaire de travail hebdomadaire de trente-cinq heures, vérifiable du fait de l'enregistrement de son temps de présence.

**G.** Par acte daté du 10 décembre 2009, l'assuré a déféré la décision sur opposition du 9 novembre 2009 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation après mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Non sans avoir rappelé les circonstances de l'accident du 7 septembre 2006, il a souligné que les séquelles physiques et psychiques

de cet accident entraînaient une incapacité de travail totale perdurant à tout le moins jusqu'à fin 2009, voire jusqu'au printemps 2010, selon les certificats annexés établis par ses médecins traitants, sa situation devant être réexaminée à cette échéance, et contesté le terme des prestations fixé par la CNA au 18 juin 2009. Il a par ailleurs observé que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne pouvait à ce stade être déterminé précisément faute d'investigation complète de ses troubles psychiques, le degré de 7,5% ne tenant au surplus manifestement pas compte des séquelles motrices sur le plan somatique.

La CNA a répondu le 24 février 2010, précisant que le cas du recourant était stabilisé à compter du 21 juin 2009, non pas dès le 18 juin 2009, ce dernier ayant de fait été indemnisé jusqu'à la première date précitée sur la base des informations communiquées par le Dr B.\_\_\_\_\_. Elle s'est basée sur les rapports émanant de ses médecins d'arrondissement eu égard à l'aspect somatique, ainsi que sur les constatations du Dr C.\_\_\_\_\_ en l'absence de tout suivi médical préconisé par ce dernier. Quant à l'aspect psychique, elle a relevé que les critères jurisprudentiels pertinents pour admettre le lien de causalité adéquate avec l'accident - de degré moyen dans la classification des accidents développée par la jurisprudence - n'étaient pas remplis in casu. Les lésions physiques du recourant ne revêtaient à son sens pas une gravité propre à entraîner des troubles psychiques de l'intensité observée, alors que la durée des traitements ne pouvait être qualifiée d'anormalement longue, le recourant ayant pu quitter l'hôpital quelques jours après son accident en dépit de la poursuite de séances de physiothérapie et de la prise d'antalgiques. En outre, les douleurs alléguées devaient être qualifiées de modérées, celles-ci étant largement influencées par les troubles psychiques observés, soit un « syndrome douloureux chronique dépassant le contexte purement accidentel ». Par ailleurs, l'incapacité de travail n'avait pas été d'une durée excessive du point de vue strictement somatique. Enfin, la CNA a examiné le caractère éventuellement dramatique ou impressionnant de l'accident, doutant de la réalisation de ce critère et concluant quoi qu'il en soit que ledit critère ne revêtait pas une intensité suffisante pour justifier une causalité adéquate

entre les troubles psychiques et l'accident concerné. Relativement au droit à la rente de l'assuré, la CNA a relevé que le contrat de travail auxiliaire passé avec H.\_\_\_\_\_ SA avait pris fin au 31 août 2006 et que le revenu hypothétique sans invalidité calculé sur la base des revenus corrélatifs serait de toute façon moins favorable au recourant que celui retenu dans la décision sur opposition litigieuse. Elle a maintenu au surplus les chiffres pris en compte pour fixer le revenu hypothétique d'invalidé, confirmant que l'usage des salaires statistiques ne permettrait pas une issue plus favorable à l'assuré. La CNA a par ailleurs rappelé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être déterminée en se fondant sur des constatations médicales objectives, étant souligné que les conclusions de la Dre X.\_\_\_\_\_ à cet égard n'étaient remises en question par aucun avis médical subséquent. Enfin, la CNA a considéré qu'une expertise judiciaire ne se justifiait pas dans la mesure où le recourant avait séjourné à la Clinique S.\_\_\_\_\_ et avait été examiné de manière approfondie par ses médecins d'arrondissement, les rapports correspondants pouvant se voir créditer d'une pleine valeur probante. Elle a ainsi préavisé le rejet du recours et la confirmation de sa décision sur opposition du 9 novembre 2009.

En date du 13 avril 2010, le recourant a formulé une requête de mesures provisionnelles, afin que l'intimée soit condamnée à la prise en charge de ses frais de traitement et que soit mise en œuvre une expertise. Il a produit les certificats établis par les Drs C.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ prononçant la poursuite de l'incapacité totale de travail, ainsi que des prescriptions de physiothérapie. Une audience de mesures provisionnelles était également requise.

Une audience s'est déroulée le 20 mai 2010 auprès de la Cour de céans, au terme de laquelle les parties ont notamment convenu de l'organisation, sous l'égide du juge instructeur, d'une expertise pluridisciplinaire (somatique et psychiatrique) confiée au Dr C.\_\_\_\_\_, lequel devait s'adjoindre les services d'un confrère psychiatre au sein de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_. La CNA a pour sa part accédé à la requête de prise en

charge d'un soutien psychothérapeutique du recourant, tel que proposé par le Dr G.\_\_\_\_\_, jusqu'à droit jugé au fond du présent litige.

Le mandat d'expertise a été formellement confié au Dr C.\_\_\_\_\_, qui a recouru aux compétences des Drs E.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, respectivement médecin associé et médecin assistant au sein du Département de psychiatrie de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_.

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise rhumatologique de l'assuré en date du 4 avril 2011, après l'avoir examiné le 7 mars 2011 et fait procéder à une analyse ergothérapeutique avec évaluation des capacités fonctionnelles et à des radiographies du coude droit, du bassin, du poignet droit et des genoux. Ledit rapport fait état de l'anamnèse circonstanciée du recourant, tout en relatant ses plaintes en ces termes :

« D'un côté, le patient signale des douleurs au niveau de son membre supérieur droit prédominant au niveau du coude droit et du poignet droit. Au niveau du coude, il y a un discret déficit dans l'extension avec des douleurs lors des ports de charge. Pas de gêne fonctionnelle. L'appui est douloureux.

Au niveau du poignet et de la main droite, il y a une douleur au niveau de l'épiphyse radiale distale ainsi qu'au niveau du premier rayon avec des mouvements discrètement limités des doigts. Le patient se plaint surtout de la difficulté à faire ces mouvements.

Il signale aussi une douleur lombaire basse accentuée lors des postures assises prolongées au-delà de 1 heure, une douleur qui a tendance à irradier sur la région fessière où elle siège surtout à droite sur la face antérieure et postérieure. La position debout stationnaire est occasionnellement douloureuse. La montée des escaliers est douloureuse.

Il y a des douleurs nocturnes avec des réveils 5-6x lorsque le patient est en décubitus latéral droit, secondaires à l'appui au niveau de la hanche droite. Il y a des barométralgies. Ceci l'amène à utiliser des cannes à la marche.

En plus de ces douleurs, le patient signale une gêne au niveau des deux genoux plus importante à gauche qu'à droite. Ces douleurs sont présentes lors du passage de la position assise à la position debout, lors de l'appui ou lors de la montée des escaliers. Il n'y a pas de tuméfaction. Pas de blocage. Il n'y a pas de lâchage de son genou. Le patient utilise une orthèse au niveau du genou gauche de type stabilisateur de la rotule, qui semble soulager la douleur à ce niveau.

Sur le plan physiothérapeutique, il fait 1x/semaine de la physiothérapie principalement d'ordre passif, sous forme de massages qui le soulagent. Il fait occasionnellement de la piscine. Il

avait essayé le sport, mais avec comme conséquence une accentuation des douleurs.

Sur le plan psychologique, le patient se décrit comme très soucieux, à la fois par rapport à son état de santé, sa vie future, sa situation financière, faisant des cauchemars récurrents. »

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a en définitive retenu les diagnostics suivants :

- pygalgies droites dans un contexte d'une très discrète tendinopathie du moyen fessier et des dysbalances musculaires, associé à un déconditionnement psychique.
- épicondylalgie droite.
- syndrome fémoropatellaire bilatéral.
- syndrome douloureux chronique.
- status après accident de la voie publique du 6.9.2009 [recte : 7.9.2006] avec pneumothorax droit drainé, contusion pulmonaire minime, fracture de côte cervicale droite, fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, plaie du conduit auditif externe droit, fracture de l'épicondyle latéral du coude droit.

Quant à ses conclusions, elles sont libellées comme suit :

« Ce patient présente des douleurs chroniques suite à un accident de la circulation survenu le 6 septembre 2006 [recte : 7 septembre 2006]. Il s'ensuit un patient se plaignant actuellement de douleurs au niveau de son membre supérieur droit, non seulement au niveau du coude, mais aussi au niveau du poignet droit, non déclaré comme douloureux initialement lors de l'accident. De plus il signale des plaintes au niveau de la hanche droite, se traduisant par des douleurs et une importante boiterie. L'expertise faite le 7 mars, complétée par un examen des capacités fonctionnelles faite par le service d'ergothérapie, a été demandée afin d'évaluer les séquelles de l'accident et ses répercussions fonctionnelles.

Concernant la concordance entre l'anamnèse fournie par [l'assuré] et ce qui est noté dans le dossier, elle est parfaite. Les plaintes sont restées concordantes au cours de son histoire, hormis l'apparition maintenant de douleurs du poignet et du genou, non signalées auparavant, même lors de mon examen il y a 2 ans. Il se peut que les gonalgies actuellement présentes s'inscrivent dans le contexte de déconditionnement, ce qui explique le syndrome fémoropatellaire.

En regardant la description classique de sa journée avec les activités sociales, nous constatons que le patient semble passablement limité dans ce qu'il parvient à faire signifiant l'importance des conséquences fonctionnelles de l'état douloureux.

Concernant l'examen clinique, nous sommes confrontés à un patient qui se limite, certainement par appréhension, comme relevé lors de l'ECF [réf. : examen des capacités fonctionnelles], cité ci-dessus par exemple. Nous sommes frappés par une importante boiterie, se traduisant par l'utilisation d'une canne et une quasi impossibilité d'effectuer les tests fonctionnels en déplacement. Ceci contraste avec un examen radioclinique très pauvre, absence d'amyotrophie

qu'on serait en droit d'attendre, après une si longue période de non-utilisation, des amplitudes articulaires normales non limitées, et un bilan radiologique qui reste rassurant au niveau de la musculature fessière.

Néanmoins, quand il n'est pas conscient, de meilleurs résultats peuvent être obtenus. Nous constatons donc un certain cumul entre ce que [l'assuré] montre et certaines limitations que nous avons constatées. Il est ici extrêmement important d'avoir une évaluation psychiatrique.

Nous avons ainsi pratiqué une évaluation des capacités fonctionnelles afin d'évaluer objectivement l'aptitude de la personne à répondre à différentes contraintes physiques. Il existe plusieurs programmes et nous avons utilisé un système kinésiophysique, tendant à mesurer l'effort maximal, indépendamment de la douleur annoncée, mais sans danger pour le sujet. Il est à noter que les efforts fournissent un instantané de ce que le patient peut effectuer. Les performances sont évaluées à un moment précis, sans que nous puissions l'extrapoler dans le temps. Ceci dépend bien sûr aussi beaucoup de la participation du patient, de ce qu'il veut nous montrer. Ainsi l'ECF nous permet de quantifier l'effort qu'il veut accomplir et dans le cas présent les limitations lors des déplacements montrées par le patient rend cette évaluation plutôt incomplète. En ce qui concerne les membres supérieurs, nous sommes confrontés à des forces de préhensions au niveau des mains très faibles avec des maxima à 9 ou 13 kg (ou 90 à 130 N) (norme pour la population de salariés et, entre parenthèses, leurs écarts-type sont [chez] les hommes de 515 (91) N pour la main dominante et de 477 (83) N pour la main non dominante) et nous sommes frappés, comme noté dans les conclusions, par le fait que le patient ne va pas au bout de ses capacités physiques par peur de ce qui pourrait arriver.

La mesure de l'intensité de la douleur s'appuie ici d'un côté sur l'échelle EVA et d'autre part sur les aspects cognitifs associés au sentiment de détresse, ainsi que les stratégies que le patient aurait pu développer pour éviter la situation douloureuse. Comme nous le constatons, ces échelles montrent de fortes limitations dans la fonction. Néanmoins, il reste difficile de standardiser la quantification et la description de la douleur chronique sur le questionnaire PACT [réd. : performance assessment and capacity testing] auquel nous avons soumis le patient. Il obtient un score de 53 sur 200, qui montrerait une forte incapacité fonctionnelle. Il s'agit d'un questionnaire d'évaluation du handicap fonctionnel perçu dans les activités professionnelles et quotidiennes.

Dans cette situation, dans une activité adaptée, en position assise, avec utilisation des membres supérieurs, il pourrait avoir une capacité de travail complète selon les limitations fournies dans l'ECF, avec toutefois une nette diminution du rendement d'environ 50%.

Nous arrivons, ensemble avec l'ergothérapeute, à la conclusion d'un important déconditionnement musculaire, où nous nous posons des questions sur un comportement malade, avec d'importantes appréhensions qui semblent ancrées dans cette situation. »

Au surplus, il a fourni les réponses aux questions spécifiques posées par les parties, notamment celles de la CNA :

« [...] **4. Quelles sont les atteintes faisant l'objet de plaintes qui reposent sur un substrat organique démontrable (dans le sens d'une altération structurale et non pas seulement perceptible cliniquement) ?**

Status après fracture de l'épine iliaque antéro-supérieure droite actuellement guérie et indolore à la palpation.

Au niveau des hanches, l'IRM de 2009 montre une très discrète tendinite

(cf. sous dossier RX), signe de surcharge, secondaire certainement à la démarche du patient, qui s'est imposée avec les années. Ceci est en partie secondaire au traumatisme.

**4.1. Qu'est-ce qui en apporte la preuve (imagerie, d'une autre manière) ?**

IRM du bassin.

**4.2. Quelles sont les atteintes reposant sur un substrat organique démontrable qui sont au degré de la vraisemblance prépondérante pour le moins partiellement à imputer à l'accident du 07.09.2006 ?**

La tendinite du moyen fessier pourrait être imputable à l'accident dans le sens que cet accident a engendré une fracture de l'épine iliaque antéro-supérieure et que le patient a créé un schéma corporel de décharge. Il est difficile de lutter contre ce schéma de décharge, mais la fracture en soi est guérie. Notons néanmoins que cette situation semble témoigner d'une certaine surcharge, mais aussi l'absence d'amyotrophie laisse dubitatif.

Concernant le coude, il n'y a plus de déficit de mobilité. Pas de restriction. Le condyle latéral est extrêmement sensible tant au niveau de la cicatrice qu'en arrière de l'épicondyle, déclenchant des sursauts, qui signent une hypersensibilité sans qu'une lésion clairement organique puisse l'expliquer.

Il y a eu une fracture de l'épicondyle discrètement déplacée sur les radiographies. Ce déplacement est guéri avec quelques troubles dégénératifs, il n'y a plus de déficit sur le plan fonctionnel imputable à la lésion fracturaire. Il semble exister une hypersensibilité, mais pas forcément en regard de la cicatrice.

**4.3. En quoi consiste-t-il ?**

Limitations fonctionnelles.

**b. Le statu quo ante est-il rétabli ou le statu quo sine atteint ?**

Le statu quo sine est atteint.

**5. Quelles sont les atteintes faisant l'objet de plaintes qui ne reposent pas sur un substrat organique démontrable ?**

Le syndrome fémoropatellaire est une entité clinique qui ne se démontre pas sur les radiographies. Dans la situation de [l'assuré], il existe des raccourcissements musculaires et un « tracking » rotulien diminué. Comme le relève Green dans son article le syndrome fémoropatellaire est lié à un déséquilibre entre quadriceps et les ischiojambiers, le tenseur du fascia lata et le moyen fessier. Dans le cadre de [l'assuré] nous avons cliniquement une tendinite du moyen fessier, qui ne se confirme pas radiologiquement. Mais c'est plutôt un diagnostic clinique.

Au niveau du poignet, les douleurs, dont se plaint le patient, n'ont pas de substrat organique sous-jacent.

**5.1. Ces plaintes qui ne reposent pas sur un substrat organique sont-elles crédibles ?**

Une plainte d'un patient est toujours crédible vu que nous parlons d'une sensation subjective. Il est impossible d'évaluer sur le plan purement somatique la réaction par rapport à la douleur. En effet, [l'assuré] présente des douleurs à des endroits qui peuvent faire mal. Maintenant, la question peut se poser sur l'origine de ces douleurs en effet une partie peut-être tendineuse, mais une autre partie peut être dans la perception des douleurs qui reste très individuelle et surtout variable, comme nous avons pu le constater durant l'évaluation de la capacité fonctionnelle.

Le fait d'utiliser une canne avec une boiterie importante laisserait suggérer une souffrance bien présente, qui devrait se traduire - avec un long délai entre le traumatisme et la persistance des douleurs - par une amyotrophie (secondaire à la non-utilisation), ce qui n'est pas le cas.

**5.2. Dans l'affirmative sont-elles au degré de la vraisemblance prépondérante à imputer à l'accident ?**

Les douleurs persistantes au niveau de la région fessière sont vraisemblablement secondaires à une démarche de décharge du patient pour soulager.

Concernant les autres douleurs, elles ne sont pas à imputer à l'accident, sauf si des troubles liés au stress de l'accident pourraient expliquer ce tableau douloureux.

[...]

**7. A partir de quand doit-on considérer l'état de santé de [l'assuré] comme stabilisé ?**

Depuis le 03.09.2009, depuis notre évaluation où la situation n'évolue guère.

**8. Quelle est votre appréciation de la capacité de travail en termes d'horaires et de rendement dans d'autres activités adaptées au handicap ? De quel type d'activités s'agit-il ?**

Les plaintes dont nous devons nous préoccuper concernant l'accident [sont] le problème de la hanche, ainsi que le problème du coude. Les limitations fonctionnelles des hanches ont uniquement des conséquences sur les activités requérant la marche ou la position debout. Il y a une limitation bien sûr pour monter sur les échelles et les échafaudages, ainsi qu'à la marche. Globalement, il n'y a aucune limitation pour les postures en position assise ou les activités alternées. Il faudrait une adaptation du siège en position assise, comme vous le constaterez dans l'évaluation de ses capacités fonctionnelles fournie en annexe.

Concernant le coude, nous n'avons pas de limitation de la mobilité, ni en flexion/extension, ni en prosupination, qui empêcherait le maniement d'appareils dans les activités quotidiennes.

On est néanmoins fortement impressionné par la limitation de la force de préhension du patient pour laquelle nous n'avons pas d'explication anatomique (voir évaluation ECF).

L'évaluation des capacités fonctionnelles montrent une exécution extrêmement lente, que ce soit avec ou sans port de charge, qui pourrait certainement être attribuée à des appréhensions par crainte de se bloquer.

Dans la situation actuelle, [l'assuré] pourrait, dans une activité surtout assise, sans adaptation, avec un travail des membres supérieurs limités selon les recommandations de l'évaluation des ports de charge, exercer un temps complet. Toutefois le rendement devrait être abaissé de 50%.

Il est à noter néanmoins une diminution de l'attention, ceci pourrait laisser sous-entendre une atteinte qui nécessiterait une évaluation neuro-psychologique.

[...]

**9. Subsiste-t-il une atteinte durable et importante à l'intégrité physique ? Si oui, à combien de pourcents l'estimez-vous ?**

Oui, il subsiste une atteinte durable de l'intégrité physique, si on se réfère au tableau de l'atteinte à l'intégrité selon la LAA.

Nous constatons une arthrose moyenne au niveau du coude, entre 5-10%, selon le tableau. [...] »

Les questions du recourant ont également fait l'objet de réponses précises de l'expert, notamment comme suit :

« [...] **4. En particulier, les plaintes sont-elles crédibles au vu des éléments objectifs observés ?**

Il nous semble que le tableau douloureux dépasse le tableau purement somatique pouvant expliquer les douleurs. Ceci ne met pas en cause la crédibilité du patient, néanmoins nous fait nous poser des questions concernant des facteurs aggravants, peut-être sur le plan psychologique. Ici, il sera important d'avoir l'évaluation du psychiatre. Est-ce que nous ne sommes pas en face d'un PTSD (syndrome de douleurs post-traumatiques), vu que l'accident semble avoir été très violent.

[...]

**6. A quelle date, passée, présente ou future, peut-on estimer qu'il n'y a plus d'évolution notable de l'état de santé ?**

Il n'y a plus d'évolution depuis le 01.09.2009.

**7. Y-a-t-il un espoir d'amélioration de l'état de santé ou au contraire un risque d'aggravation et en cas de réponse affirmative, veuillez préciser ?**

Une amélioration de l'état de santé pourrait intervenir [en cas de] reconditionnement musculaire, dans un contexte cognitivo-comportemental, à savoir à la fois physique, mais aussi avec un accompagnement psychiatrique. En effet, il y a de nombreuses appréhensions freinant le patient dans les activités physiques actuellement.

**8. Quelles sont les limitations professionnelles affectant [l'assuré] sur le plan somatique ?**

Son ancienne activité comme chauffeur-livreur n'est plus possible. Une activité adaptée dans un poste assis pourrait être effectuée, comme relevé sous la question 8 de la SUVA. Le rendement néanmoins reste limité à 50% vu une très lente exécution.

**9. L'activité exercée au moment de l'accident (chauffeur professionnel) est-elle encore exigible ? Si oui, à quel pourcentage, en temps et en rendement ? Si non, pourquoi ?**

Non. En raison de difficultés à la marche et des manipulations de charges dans la situation actuelle.

**10. Une autre activité professionnelle non qualifiée est-elle médicament exigible du recourant et si oui, estimez le genre d'activité en pourcentage et en rendement ? Les difficultés qu'éprouverait [l'assuré] dans une activité ?**

Une autre activité adaptée, en position assise, ne demandant pas des déplacements, [serait possible à] un taux à 100%, mais avec un rendement à 50%. Les difficultés restent dans les ports de charges. Il est aussi à noter un trouble de la concentration.

**11. Toujours dans une activité manuelle de substitution, l'expertisé serait-il handicapé par l'état de son membre supérieur droit (notamment le coude en extension imparfaite) ?**

Oui.

[...]

**15. Dans l'hypothèse où l'expertisé ne peut plus exercer de manière suffisamment rentable son ancienne profession de chauffeur professionnel, ni une activité manuelle de substitution, un recyclage et éventuellement une nouvelle formation sont-ils médicalement exigibles ? Peut-on escompter des chances de succès ?**

Une activité manuelle de substitution pourrait se faire, par exemple en usine, en position assise, comme signalée ci-dessus.

**16. Les suites de l'accident (séquelles) ont-elles été influencées par une comorbidité indépendante de l'accident, que ce soit sur le plan somatique ou sur le plan psychique ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Sur le plan somatique, nous constatons aujourd'hui un syndrome fémoropatellaire liée au déconditionnement musculaire (déséquilibre entre quadriceps et les ischiojambiers, le tenseur du fascia lata et le moyen fessier) amplifié par le peu d'exercices que le patient fait. Ce problème n'est pas directement lié à l'accident.

**17. Avez-vous des traitements à préconiser sur le plan somatique et sur le plan psychique ?**

Sur le plan somatique, poursuite d'un reconditionnement musculaire, mais avec le temps qui s'écoule la probabilité qu'un tel traitement changera la situation diminue de manière importante après 2 ans. Le traitement devra être actif, à savoir des exercices que le patient doit faire : les approches passives (massages p.ex.) ne changeront rien [au] long cours. [...] »

Quant au volet psychique, il a fait l'objet de l'analyse des Drs E. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, lesquels ont consigné leurs observations cliniques comme suit, au terme de trois entretiens et à l'issue d'examens neuropsychologiques dans les limites des normes :

« Nous sommes face à un jeune homme de trente-quatre ans faisant plus que son âge, se déplaçant lentement à l'aide d'une canne. [L'assuré] parvient toutefois à monter un étage d'escaliers pour

accéder au bureau. Il se présente aux entretiens bien qu'au deuxième, il arrive avec trente minutes de retard, il dit être arrivé à l'heure mais ne pas s'être annoncé à la réception. Il est calme et collaborant durant les entretiens, bien orienté aux divers modes et ne présente pas de troubles de la vigilance. La tenue corporo-vestimentaire est simple mais correcte. Il ne parvient pas à tenir assis dans un fauteuil et nous devons lui mettre à disposition une chaise rigide. Il change souvent de position sur la chaise qu'il motive par les différentes douleurs. Il s'exprime dans un français fluide. Le discours est cohérent mais peu structuré, laconique, avec un ralentissement de la pensée par moments des digressions : il ne parvient pas toujours à décrire la chronologie des événements, les informations sont parfois peu précises, floues. Il ne parvient pas à clarifier le déroulement du conflit asséculologique bien qu'il comprenne que cette expertise a lieu dans ce cadre sans toutefois en apprécier les enjeux. Il parvient juste à dire « Je ne me sens pas compris, je n'arrive pas à me remettre de l'accident. » Il décrit une symptomatologie dépressive sous forme de tristesse persistante, de désespoir quant à sa situation, une aboulie, une asthénie, une anhédonie, des troubles de l'attention et de la concentration, des ruminations incessantes quant à sa situation. Lorsqu'il fait un effort de concentration, il présente des céphalées. Par ailleurs, il se dit très blessé de ne pas parvenir à s'en sortir et de devoir vivre aux dépens de sa femme. Il rapporte un sentiment d'insécurité et d'injustice ainsi qu'un sentiment de ne pas être compris. Il décrit une fatigue persistante, une tendance à la clinophilie et au repli sur soi, des courbatures, des douleurs à la hanche droite, au dos, au genou gauche, au coude et au poignet droits. Il se plaint également du peu de force dans son bras droit, il dit qu'il « lâche ». [L'assuré] rapporte également des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes et des cauchemars, le sommeil est non réparateur. Il se décrit souvent angoissé, ce qu'il ressent sous forme d'oppression thoracique, de tensions, il est parfois irritable et son épouse lui aurait souvent dit que son caractère a changé depuis l'accident. Il présente parfois des idées suicidaires sous forme de désir passif de mort, il aurait préféré mourir dans l'accident. Toutefois, il n'y a pas d'idéation suicidaire active, pas de scénario. Il décrit également des troubles de la mémoire « Je suis le champion d'oubli », l'obligeant à noter tout. Il se dit plutôt méfiant dans la relation à autrui, quelqu'un qui a toujours évité les conflits et n'aimait pas se plaindre « Je ne veux pas me plaindre, pas montrer ma faiblesse, je dois me dire t'es fort, tu veux pas montrer que tu n'y arrives pas ». Il nourrit un sentiment de colère contre lui-même de ne pas arriver à surmonter ses difficultés. Le tableau clinique est fluctuant en fonction du sujet abordé : lorsque nous parlons de sa famille, notamment des grands-parents paternels, il devient plus dynamique, ne présente temporairement plus de ralentissement de la pensée, il exprime d'autres émotions que la tristesse et ne présente plus de plainte. Il est aussi plus calme sur sa chaise. Il n'y a pas de symptomatologie phobique, ni d'attaques de panique, ni de symptomatologie obsessionnelle ou compulsive. Pas de symptomatologie psychotique floride, notamment pas de troubles du moi, pas de phénomènes de lecture ou d'imposition de la pensée, pas de troubles des perceptions, pas de symptomatologie délirante. »

Les experts psychiatres ont fait part des diagnostics suivants :

- syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
- troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).

Ils ont par ailleurs conclu leur rapport en relatant les éléments ci-dessous :

« [...] Au terme de nos investigations, nous pouvons conclure chez [l'assuré] à un syndrome douloureux somatoforme persistant développé dans les suites de l'accident. En effet, [l'assuré] présente des douleurs constantes qui ne sont pas entièrement expliquées par un trouble physique, comme le démontre également l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ et qui s'accompagne d'un sentiment de détresse psychique. Les troubles physiques objectivés ne permettent pas d'expliquer la gravité des symptômes, leur persistance, la détresse qui y est associée ou encore des perturbations que l'expertisé porte. Par ailleurs, la caractéristique typique de ce trouble est d'attribuer toute la souffrance à une atteinte organique, en l'occurrence aux séquelles de l'accident et dans ce cas, l'expertisé ne peut accepter l'implication d'un quelconque facteur psychologique dans la symptomatologie présentée. Par ailleurs, le comportement est parfois démonstratif, surtout quand l'expertisé a l'impression que ses plaintes ne sont pas prises en considération ou encore si on tente d'évoquer des éventuelles implications psychologiques. Il n'est pas tranquilisé par les résultats rassurants des médecins qu'il a consultés. Il n'a pas de revendications financières formulées mais de reconnaissance de sa souffrance et de son incapacité à travailler.

Nous pouvons conclure, au terme de nos investigations, également à un trouble anxieux et dépressif mixte. [L'assuré] présente une symptomatologie anxieuse persistante accompagnée d'une symptomatologie dépressive sans améliorations malgré un traitement antidépresseur et une prise en charge psychiatrique qui a été toutefois de courte durée. En effet, la symptomatologie anxieuse se traduit par une préoccupation incessante quant à son état de santé, exprimée sous forme de tension, d'appréhension, d'exacerbation des plaintes somatiques et d'irritabilité, la pensée est rétrécie autour de ces douleurs. Il rumine sans cesse un sentiment de ne pas parvenir à s'en sortir, de ne pas arriver à travailler, d'avoir toujours mal, sentiments qui se répercutent sur le plan clinique et s'accompagnent d'une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne. En effet, nous ne pouvons pas retenir un diagnostic d'épisode dépressif constitué au sens de la CIM-10, la symptomatologie étant passablement dépendante, lors de nos entretiens, des sujets abordés et notamment, lorsque nous portons attention à son histoire de vie, cette symptomatologie est absente.

L'examen neuropsychologique effectué dans le cadre de cette expertise ne met pas en évidence des troubles cognitifs de nature à avoir des répercussions sur la capacité de travail, les résultats obtenus se situant dans les limites des normes et une fluctuation des performances est notée entre les deux dates d'examens liée possiblement à des difficultés sur le plan motivationnel.

Selon les éléments en notre possession, nous pouvons exclure toute pathologie psychiatrique sévère ou durable antérieure à l'accident de septembre 2006, et notamment un trouble de l'humeur, un trouble du registre des psychoses ou encore un trouble de la

personnalité. Il n'y a pas non plus de dépendances à des substances psycho-actives ni à l'alcool, bien qu'il ait consommé par le passé du cannabis et de la cocaïne occasionnellement, conduisant à un état confusionnel aigu d'origine toxique en novembre 2005. Depuis cette date il aurait cessé la consommation de cette substance.

Nous mettons en évidence chez [l'assuré] un fonctionnement psychique rigide antérieur à l'accident de septembre 2006, un fonctionnement qui est peu adaptatif, il peine à s'intégrer en Suisse, à créer des liens et un réseau social, difficultés qui persistent même après le mariage. Sa seule ressource adaptative c'était sa santé qui lui permettait de travailler comme il le déclare « mon arme c'était la santé ». C'est sous cet angle que l'on peut comprendre l'ampleur des difficultés survenues après l'accident. Il vit cette atteinte à l'intégrité physique comme un « désarmement » et se trouve sans moyens adaptatifs. Ainsi l'isolement s'aggrave, s'accompagne de replis sur soi et de l'apparition des plaintes somatiques qui persistent. S'ensuit l'installation d'une symptomatologie anxieuse et dépressive persistante. Précisons qu'il n'y a pas de critères suffisants pour retenir un état de stress post-traumatique au sens de la CIM-10.

Une autre difficulté psychologique que nous avons mis en évidence chez [l'assuré] c'est sa difficulté à se constituer sa propre identité. En effet, à sa naissance il est baptisé comme un catholique dans un pays musulman alors qu'il est également circoncis et le père, d'origine italienne du fait de sa propre difficulté d'adaptation en Tunisie, se comporte comme un véritable arabe (« il est devenu plus arabe que les arabes »). Donc, en Tunisie, [l'assuré] y est à la fois éduqué selon les préceptes chrétiens et à la fois le comportement de son père est celui d'un musulman. Toutefois l'expertisé déclare se sentir plus européen qu'arabe et, une fois arrivé en Suisse, il est confronté au fait qu'ici il est considéré comme arabe notamment par ses beaux-parents mais également par la société. Ainsi son identité d'europpéen est de nouveau mise à mal, difficultés identitaires qui participent à un fonctionnement psychique rigide et peu adaptatif. Donc, en conclusion, c'est cette constellation psychologique et sociale qui semble avoir été perturbée par l'accident, conduisant à l'installation de la symptomatologie persistante. »

Ils ont en dernier lieu communiqué leurs réponses aux questionnaires des parties, dont celui du recourant :

« [...] **4. En particulier : les plaintes sont-elles crédibles au vu des éléments objectifs observés ?**

**REPOSE :** La symptomatologie douloureuse et les plaintes que présente [l'assuré] sont véritablement perçues par lui comme telles et cette symptomatologie a une fonction psychologique même si [l'assuré] présente à différents moments des attitudes démonstratives, surtout lorsqu'il a le sentiment qu'il n'est pas compris ou entendu dans sa souffrance. La caractéristique du syndrome douloureux somatoforme persistant est que la douleur est réellement perçue par le sujet, mais ne trouve pas d'explication objectivable par la science bio-médicale. Les facteurs psychiques à l'œuvre sont habituellement déniés par ces sujets.

[...]

**6. A quelle date, passée, présente ou future peut-on estimer qu'il n'y a plus d'évolution notable de l'état de santé ?**

REPONSE : Sur plan psychiatrique, selon les éléments en notre possession, nous pouvons estimer qu'il n'y a plus d'évolution notable depuis environ 2008-2009.

**7. Y a-t-il un espoir d'amélioration de cet état de santé ou au contraire un risque d'aggravation et, en cas de réponse affirmative, veuillez préciser ?**

REPONSE : Sur le plan psychiatrique, la possibilité d'une amélioration de l'état de santé de [l'assuré] est modeste et principalement liée à sa capacité à pouvoir s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique psychothérapeutique intégrée, une démarche à laquelle il ne voit pas de sens puisqu'à son avis toutes ses difficultés sont liées aux conséquences de l'accident. Il y a ici un paradoxe puisque l'élément adaptatif que [l'assuré] utilisait par le passé était justement sa santé dont il est actuellement privé, pour pouvoir s'adapter à son nouvel état somatique, psychique et social. Ainsi, le pronostic doit être considéré comme réservé.

**8. Quelles sont les limitations professionnelles affectant [l'assuré] ?**

[...]

REPONSE : Sur le plan psychique, [l'assuré] présente un important repli sur soi, un isolement social important, avec difficultés à pouvoir sortir, se déplacer, une tendance à la clinophilie. Il présente des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes et des cauchemars, le sommeil reste non réparateur et il présente une fatigue, une asthénie et des difficultés de concentration, accompagnées de céphalées lorsqu'il doit se concentrer. Il présente également une irritabilité, de même qu'un ralentissement tant dans ses déplacements qu'au niveau de sa pensée. Par ailleurs, il présente des douleurs persistantes ainsi que d'importantes craintes de déclenchement de nouvelles douleurs.

**9. L'activité exercée au moment de l'accident (chauffeur professionnel) est-elle encore exigible ? Si oui, à quel pourcentage en temps et en rendement ? Sinon, pourquoi ?**

REPONSE : Non. Outre la limitation sur le plan somatique, [l'assuré] est limité également par le ralentissement psychomoteur, la fatigabilité, des difficultés de concentration, ainsi que la crainte de déclenchement de nouvelles douleurs.

**10. Une autre activité professionnelle non qualifiée est-elle médicalement exigible du recourant et, si oui, estimer:**

- le genre d'activité,
- le pourcentage en temps et en rendement,
- les difficultés qu'éprouverait [l'assuré] dans cette activité.

REPONSE : Non, sur le plan psychiatrique. Les limitations fonctionnelles que présente [l'assuré] ne permettent pas d'envisager dans la situation actuelle une activité professionnelle sur le marché du travail. Une activité occupationnelle dans des ateliers protégés pourrait être éventuellement envisagée à temps partiel.

[...]

**12. Question spécifique pour le co-expert psychiatre : s'il y a un diagnostic quant à l'état psychique (voir question 5) : cet**

**état est-il provoqué totalement ou partiellement par l'accident (choisir sur l'échelle suivante : lien de causalité exclu, peu probable, possible, probable, très probable, certain) ?**

REPONSE : Tant le syndrome douloureux somatoforme persistant que le trouble anxieux et dépressif se sont développés dans les suites de l'accident. Bien qu'au départ [l'assuré] présentait, comme le certifie le Docteur T. \_\_\_\_\_ dans son consilium du 31 août 2007, un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante de type post-traumatique, c'est ensuite dans l'évolution que ces deux pathologies psychiatriques se sont développées progressivement avec un lien de causalité possible. En effet, l'accident est venu rompre un équilibre psychique précaire, bien que non pathologique antérieurement, lequel ne peut plus être restauré.

[...]

**15. Dans l'hypothèse où l'expertisé ne peut plus exercer de manière suffisamment rentable son ancienne profession de chauffeur professionnel ni une activité manuelle de substitution, un recyclage et éventuellement une nouvelle formation sont-ils médicalement exigibles ? Peut-on en escompter des chances de succès ?**

REPONSE : Sur le plan psychiatrique, dans la situation actuelle, une activité occupationnelle, à temps partiel, nous paraît un objectif plus adéquat à atteindre qu'une réorientation professionnelle, même manuelle qui nous paraît à haut risque d'échec au vu des limitations fonctionnelles psychiatriques.

**16. Les suites de l'accident (séquelles) ont-elles été influencées par une comorbidité indépendante de l'accident, que ce soit sur le plan somatique ou sur le plan psychique ? Si oui, dans quelle mesure (détailler).**

REPONSE : Non, sur le plan psychiatrique et selon les éléments en notre possession.

**17. Avez-vous des traitements à préconiser sur le plan somatique et sur le plan psychique ?**

REPONSE : Sur le plan psychiatrique une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée pourrait s'avérer utile. L'évolution du trouble somatoforme douloureux persistant est cependant habituellement chronique et décevante d'un point de vue thérapeutique.[...] »

S'agissant enfin des questions spécifiques de la CNA, les experts ont notamment répondu de la manière suivante :

« [...] **6. Est-on en présence d'un trouble psychique (diagnostic CIM-10) ?** selon la

REPONSE : Oui.

**6.1 Dans l'affirmative, celui-ci est-il à considérer comme faisant partie des troubles typiques après distorsion de la colonne cervicale ou blessures équivalentes, faute d'une différenciation facile des composantes somatiques et psychiques du tableau clinique ?**

REPONSE : Les deux pathologies psychiatriques se sont développées chez [l'assuré] dans les suites de l'accident de septembre 2006 et ceci indépendamment de l'organe qui a été touché. En effet, l'atteinte à l'intégrité corporelle et ses répercussions par le déséquilibre d'un fonctionnement psychique rigide ont conduit à l'apparition d'une telle symptomatologie.

[...]

**6.3 Existe-t-il des éléments en faveur d'un trouble psychique antérieur ?**

REPONSE : Non, la rigidité du fonctionnement psychique antérieur n'atteignait pas un seuil ayant valeur pathologique.

**7. A partir de quand doit-on considérer l'état de santé de [l'assuré] comme stabilisé ?**

REPONSE : Sur le plan psychiatrique, il n'y a plus, selon les éléments en notre possession, d'évolution depuis environ 2008 - 2009.

**8. Quelle est votre appréciation de la capacité de travail en termes d'horaire et de rendement dans d'autres activités adaptées au handicap ? De quels types d'activités s'agit-il ?**

REPONSE : Selon notre évaluation, la capacité de travail sur le marché du travail est atteinte. Eventuellement une activité occupationnelle à 50% pourrait être envisagée et ceci sans rendement attendu.

[...]

**10. Subsiste-t-il une atteinte durable et importante à l'intégrité psychique ? Si oui, à combien (%) l'estimez-vous ?**

REPONSE : Oui, nous l'estimons de modérée à sévère (entre 50% et 80%). [...] »

Les parties se sont déterminées sur les rapports d'expertise judiciaire précités.

Par pli du 10 octobre 2011, le recourant a suggéré une question complémentaire à l'expert psychiatre eu égard à l'effort de volonté raisonnablement exigible de sa part pour surmonter le trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué in casu. Il a également sollicité la production du rapport d'examen neuropsychologique complet.

Le juge instructeur a donné suite à ces demandes par courrier adressé au Dr E. \_\_\_\_\_ le 13 octobre 2011.

Quant à l'intimée, elle s'est fondée sur les avis de ses médecins d'arrondissement des 9 et 14 novembre 2011, joints à son écriture \_\_\_\_\_ du 12 décembre 2011, pour se prévaloir de l'absence de valeur probante des

rapports d'expertise judiciaire. Sur le plan somatique, elle a mis en exergue la détermination du 14 novembre 2011 du Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, exposant que seules les séquelles observées au coude et à la hanche par le Dr C.\_\_\_\_\_ étaient susceptibles d'influer sur la capacité de travail du recourant. Considérant que l'expert avait privilégié une approche psychosomatique de la situation, la CNA a estimé que la baisse de rendement de 50% retenue par ce dernier ne se justifiait aucunement en l'absence de limitations fonctionnelles objectives dans une activité strictement adaptée à l'état de santé de l'assuré. Du point de vue psychique, elle a persisté à nier le lien de causalité entre les troubles observés et l'accident du 7 septembre 2006, se basant sur les remarques formulées le 9 novembre 2011 par la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de la division juridique de la CNA.

Le Dr E.\_\_\_\_\_ a donné suite à la question du juge instructeur relative à l'effort de volonté exigible de l'assuré pour surmonter les douleurs, par complément du 29 décembre 2011, libellé notamment en ces termes :

« [...] Pour répondre à la question, il paraît nécessaire d'indiquer d'abord qu'une telle formulation implique à nos yeux davantage une appréciation juridique que médicale.

En effet, d'un point de vue médical, nous pouvons distinguer le regard subjectif de [l'assuré] sur ses troubles et l'appréciation objective que l'on peut en faire sur le plan de l'art. Comme nous l'avons indiqué, nous retenons chez [l'assuré] les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes et de syndrome douloureux somatoforme persistant, diagnostics retenus en référence à la classification internationale des maladies (CIM-10). Nous signalons que ces troubles se sont développés dans les suites de l'accident qu'il a subi le 7 septembre 2006 et qu'il ne souffrait pas de pathologie psychiatrique avérée antérieurement. On pouvait toutefois relever un mode de fonctionnement psychologique peu adaptatif et des difficultés identitaires, dont l'équilibre paraît avoir été durablement perturbé par l'accident.

Ainsi, si l'on retient aujourd'hui des déterminants psychiques à l'œuvre dans le développement et le maintien des symptômes invalidants que présente [l'assuré], lui-même porte un regard différent sur sa situation.

Pour [l'assuré], l'expérience quotidienne depuis l'accident est celle de douleurs persistantes, auxquelles s'associent des craintes et des symptômes du registre dépressif. Pour lui, il ne fait pas de doute que seul l'accident est en cause et qu'il continue d'en subir les séquelles symptomatiques.

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas grand sens ni grande portée dans la représentation qu'il peut se faire de sa situation. Il a déjà le sentiment de faire de nombreux efforts pour surmonter ce vécu douloureux.

Il est habituel dans ce type de situation, et pourrait-on dire quasi consubstantiel au syndrome douloureux somatoforme persistant, que les déterminants psychiques à l'œuvre soient déniés ou ignorés par les personnes qui en souffrent. Le vécu exprimé est ainsi habituellement celui d'un sentiment d'effort permanent pour faire face aux douleurs. [...] »

Le recourant s'est déterminé par écriture du 24 janvier 2012, concluant à la reconnaissance d'une invalidité totale des suites de l'accident du 7 septembre 2006. Se référant aux conclusions de l'expert psychiatre, il a mis en exergue le trouble somatoforme douloureux persistant grave l'affectant, en sus d'une comorbidité psychiatrique avérée et de troubles neuropsychologiques, ce qui réduisait à néant toute perspective professionnelle.

Quant à l'intimée, elle a derechef soutenu que l'analyse du Dr E. \_\_\_\_\_ était lacunaire et fondée sur des considérations essentiellement subjectives par pli du 26 mars 2012. Elle a annexé un nouvel avis de la Dre P. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2012, par lequel celle-ci a notamment observé que les résultats des examens neuropsychologiques se trouvaient conditionnés par des facteurs motivationnels, sans que le syndrome douloureux n'ait d'incidence de ce point de vue. La CNA a au surplus suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychologique ou le renvoi de la cause à son attention afin de déterminer l'influence concrète des troubles psychiques sur la capacité de travail de l'assuré avant que la Cour de céans ne rende son arrêt éventuellement à son détriment.

Par courrier du 23 avril 2012, le recourant a à l'inverse estimé que le dossier de la cause était en l'état d'être jugé, les rapports d'expertise judiciaire remplissant à son sens en tous points les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il a relevé qu'une nouvelle expertise serait superflue, l'expert psychiatre s'étant clairement exprimé sur son impossibilité à reprendre une activité professionnelle, hormis

exclusivement occupationnelle, tandis que le rapport corrélatif serait au demeurant fondé sur les observations de précédents médecins, telles que celles du Dr T.\_\_\_\_\_.

Le juge instructeur a accordé un délai au recourant pour s'exprimer sur le volet somatique du dossier, ainsi que sur l'écriture de la CNA \_\_\_\_\_ du 12 décembre 2011 qui ne lui avait pas été transmise précédemment.

Dans le délai imparti, soit le 7 juin 2012, le recourant a rappelé les séquelles somatiques importantes des suites de l'accident, reconnues par le médecin d'arrondissement de la CNA, telles qu'analysées par le Dr C.\_\_\_\_\_ à l'issue de l'expertise judiciaire qualifiée de probante. Il a au surplus souligné la concordance observée par l'expert entre l'anamnèse et ses plaintes. Il a cependant relevé que le statu quo sine ne pouvait être considéré comme atteint au vu desdites séquelles et des limitations fonctionnelles prises en compte par l'expert. S'agissant de la capacité de travail estimée par les experts, plus particulièrement de la baisse de rendement évoquée du point de vue somatique, le recourant a exposé que cette appréciation se justifiait au regard de ses importantes douleurs, ainsi que des séquelles psychiques résultant de l'accident. Il a en outre insisté, du point de vue psychique, sur les ralentissements neuropsychologiques remarqués par la psychologue en charge des examens correspondants et contesté au surplus que ses douleurs soient surmontables au prix d'un effort de volonté, les experts ayant précisément démontré sa bonne volonté. Il a enfin expressément mis en exergue la gravité des circonstances de l'accident, annexant à des fins d'illustration un article de journal où était mentionné que sa voiture avait été traînée sur environ soixante mètres, ainsi que des photographies de son véhicule, totalement détruit.

La CNA s'est exprimée le 8 août 2012, soulignant qu'il n'appartenait pas au Dr C.\_\_\_\_\_, en sa qualité de somaticien, de fixer une baisse de rendement de 50% pour des motifs psychiques, tandis que cette appréciation s'avérerait de toute manière douteuse en tant qu'elle

reposerait uniquement sur les douleurs alléguées. L'intimée a relevé que lesdites douleurs étaient pour l'essentiel non imputables à l'accident et qu'une activité en position assise ne devrait aucunement en provoquer. Elle a persisté au surplus dans ses précédentes conclusions tendant au rejet du recours.

Par pli du 28 janvier 2013, le juge instructeur a interrogé l'expert psychiatre quant à la possibilité et l'exigibilité strictement médicales d'un effort de volonté de la part de l'assuré en vue de surmonter ses douleurs.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a fait part de la réponse suivante datée du 16 mai 2013 :

« [...] Nous avons signalé dans notre rapport (page 12) que « sur un plan psychiatrique, selon les éléments en notre possession, nous pouvons estimer qu'il n'y a plus d'évolution notable depuis environ 2008 - 2009 ». Nous sommes donc confrontés à un tableau psychiatrique qui s'est chronifié autour d'une production symptomatique continue. Nous avons également décrit dans notre rapport complémentaire (page 2), ce que nous avons perçu du vécu psychologique de [l'assuré] par rapport à sa situation : « Pour [l'assuré] l'expérience quotidienne depuis l'accident est celle de douleurs persistantes, auxquelles s'associent des craintes et des symptômes du registre dépressif. Pour lui, il ne fait pas de doute que seul l'accident est en cause et qu'il continue d'en subir les séquelles symptomatiques.

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas grand sens ni grande portée dans la représentation qu'il peut se faire de sa situation. Il a déjà le sentiment de faire de nombreux efforts pour surmonter ce vécu douloureux ».

Parler, dans ce contexte, d'effort « médicalement » exigible n'a selon nous guère de sens, sur la base de ce qui précède. La difficulté d'objectivation de l'origine des douleurs dans le syndrome douloureux somatoforme persistant n'estompe pas la réalité de la douleur vécue par le sujet qui en fait l'expérience. Cette difficulté d'objectivation ne doit par ailleurs pas faire oublier que l'absence de preuve n'est pas la preuve de l'absence.

Au vu de la chronicité des troubles, de l'intensité des douleurs décrites et de la rigidité des mécanismes psychologiques présentés par [l'assuré] les perspectives d'un point de vue pronostique sont très réservées, comme nous l'avons signalé (page 15 de notre rapport, par exemple).

La question de l'exigibilité d'un effort sur le plan professionnel dans ce contexte nous paraît relever in fine d'une appréciation juridique. »

La CNA s'est prononcée sur la prise de position précitée par écriture du 13 juin 2013, où elle a rappelé les critères dégagés par la jurisprudence fédérale en matière de troubles somatoformes douloureux pour que ceux-ci soient susceptibles d'entraîner une incapacité de gain, se prévalant du défaut de leur réalisation in casu. Elle a conséquemment maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

Le recourant a communiqué sa position en date du 13 juin 2013, joignant à son écriture les avis de droit des Prof. Jörg Paul Müller et Dr Matthias Kradolfer, relatifs à l'octroi de rentes d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux persistants et atteintes à la santé similaires à la lumière de la jurisprudence fédérale rendue jusqu'en automne 2012 et du droit en vigueur dans le contexte des 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de l'assurance-invalidité. Était également annexée une traduction vers le français de l'avis du Prof Jörg Paul Müller et de celui du Dr Matthias Kradolfer intitulé « Syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (SPECDO) : avis de droit quant à la compatibilité avec la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH). » Se prévalant notamment des opinions de ces juristes, le recourant a rappelé que le critère du caractère surmontable des douleurs alléguées relevait tant de l'appréciation juridique que médicale. In casu, il a considéré que les expertises judiciaires avaient très clairement conclu à l'impossibilité de surmonter ses douleurs du fait de la chronicité des troubles psychiques, de leur intensité et de la rigidité de son profil psychologique.

La CNA a pour sa part constaté, en date du 26 juin 2013, que l'expert psychiatre renvoyait expressément à l'appréciation juridique pour estimer le caractère éventuellement surmontable des douleurs. Elle a au demeurant mis en exergue l'absence de pertinence de cette question, considérant que les conséquences des troubles psychiques n'étaient pas à sa charge.

Le 2 juillet 2013, le recourant a relevé qu'il ne souffrait pas exclusivement d'un SPECDO, mettant en exergue les séquelles organiques

démonstrées par le Dr C.\_\_\_\_\_ et ayant entraîné une limitation substantielle avérée de ses capacités fonctionnelles. Dès lors, la jurisprudence liée aux SPECDO ne pourrait s'appliquer faute d'atteinte exclusive de cette nature en l'espèce. Il a renvoyé à cet égard à un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Zurich du 29 août 2012 contenant ce raisonnement. En outre, il a souligné que les critères retenus en matière de troubles somatoformes douloureux étaient remis en question, tandis qu'il estimait avoir démontré ne pas être objectivement en mesure de fournir l'effort de volonté nécessaire pour surmonter ses douleurs. Il a par ailleurs rappelé que les états antérieurs à un accident, non pathologiques, n'avaient pas lieu d'être pris en compte pour examiner l'incapacité de gain. Il a soutenu que des séquelles somatiques et neuropsychologiques avaient été diagnostiquées dans son cas, de même que des troubles psychiques, en lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 septembre 2006. S'agissant du lien de causalité adéquate entre ces troubles et ledit accident, dont le degré de gravité pouvait être qualifié de moyen, il a observé que les critères dégagés par la jurisprudence fédérale pour admettre un tel lien étaient réalisés in casu, à savoir le caractère impressionnant de l'accident, au vu de l'article de journal et des photographies du véhicule transmis à la Cour de céans, l'ampleur des blessures, la longue durée des traitements et de l'incapacité de travail, ainsi que la persistance des séquelles douloureuses.

Le diagnostic de stress post-traumatique, susceptible d'expliquer la dégradation de son état de santé psychique, n'aurait au demeurant pas été définitivement écarté en l'occurrence. L'assuré s'est enfin prévalu de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral dans la cause 8C\_116/2009 le 26 juin 2009, à son sens assimilable à sa situation.

A la même date du 2 juillet 2013, la Cour de céans a rendu un arrêt en la cause AI 105/12 - 160/2013 se prononçant sur le recours de l'assuré en matière AI contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 5 avril 2012 par l'OAI suite à sa demande de révision formellement déposée le 10 octobre 2011. La cause a été renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision du fait de

l'aggravation plausible de l'état de santé de l'assuré depuis la précédente décision du 26 novembre 2008.

En date du 3 décembre 2013, le recourant a déposé un rapport médical adressé par le Dr G. \_\_\_\_\_ à l'OAI le 20 novembre 2013 en vue d'actualiser sa situation. Le médecin traitant y a relaté pour l'essentiel un état de santé stationnaire eu égard aux séquelles de l'accident du 7 septembre 2006 et émis un pronostic « pour le moins réservé quant à la possibilité d'une reprise professionnelle au-delà de 20% », la capacité de travail de l'assuré ne dépassant pas à son avis 20-30%, répartis sur quatre heures journalières.

**H.** Par arrêt rendu le 29 septembre 2014, la Cour de céans a admis le recours de l'assuré, annulant la décision sur opposition litigieuse du

9 novembre 2009 et renvoyant la cause à l'intimée pour le calcul des prestations dues au sens des considérants. En substance, se fondant sur le caractère probant de l'expertise judiciaire qu'elle avait mise en œuvre, la Cour a considéré que l'assuré avait droit aux indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement jusqu'au 3 septembre 2009, date à partir de laquelle les traitements n'étaient plus susceptibles de faire évoluer sensiblement l'état de santé de celui-ci sur les plans somatique et psychique. En outre, elle a retenu que les troubles anxieux et dépressifs mixtes entraînaient à eux seuls une incapacité totale de travail et se trouvaient en lien de causalité adéquate avec l'accident concerné. Elle a renvoyé la cause à la CNA pour que celle-ci fixe en conséquence le montant de la rente d'invalidité et procède à une nouvelle estimation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, en incluant l'affection psychique.

**I.** Sur recours formé par la CNA, le Tribunal fédéral a annulé le jugement cantonal précité par arrêt rendu le 16 novembre 2015 (portant n° 8C\_804/2014), renvoyant la cause à la Cour de céans pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, la Haute Cour a considéré, au regard des critères de sa jurisprudence, que l'accident du 7

septembre 2006 ne pouvait être tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques de l'intimé. Constatant que la juridiction cantonale n'avait pas examiné la question de l'incapacité de travail de l'assuré due aux atteintes somatiques, ni celle du taux de l'atteinte à l'intégrité pour ces seules atteintes, le Tribunal fédéral lui a renvoyé la cause en vue de l'examen de ces éléments.

**J.** Les parties ont été invitées à se déterminer sur la reprise de l'instruction.

Par courrier du 6 janvier 2016, la CNA a fait valoir qu'elle n'avait pas de déterminations particulières à formuler au sujet de la problématique somatique (incapacité de travail et indemnité pour atteinte à l'intégrité), maintenant ses conclusions à cet égard en vue de la confirmation de sa décision du 9 novembre 2009.

Par acte du 11 janvier 2016, le recourant a modifié ses conclusions, requérant principalement que la décision litigieuse soit réformée en ce sens qu'il lui soit alloué dès le 1<sup>er</sup> juin 2009, date de la fin du service des indemnités journalières, une rente d'invalidité en assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 50%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 25%. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision dont est recours et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il a estimé que l'expert C. \_\_\_\_\_ pouvait être suivi dans son appréciation de la capacité de travail de l'assuré, réputée entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles objectives retenues, avec un rendement diminué de moitié. L'expert aurait par contre omis, en se prononçant sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de tenir compte des atteintes au bassin et aux genoux, en plus des atteintes retenues pour le coude.

L'intimée et le recourant ont confirmé leurs conclusions respectives dans le cadre d'ultimes écritures, respectivement établies les

16 février 2016 et  
10 mars 2016.

**K.** Suite à l'arrêt rendu le 2 juillet 2013 par la Cour de céans en la cause AI 105/12 - 160/2013, l'OAI a statué à nouveau. Sur la base d'un rapport médical établi le 25 août 2014 par le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) il a refusé d'allouer ses prestations faute de diagnostic psychiatrique incapacitant et alors qu'une péjoration de l'état de santé sur le plan ostéoarticulaire ne devait pas faire obstacle à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette décision, datée du 24 mars 2015 a fait l'objet d'un recours interjeté le 22 avril 2014.

Dans le cadre de cette nouvelle procédure encore pendante devant la Cour de céans (portant n° de cause AI 98/15), une appréciation anticipée des moyens de preuve a conduit à constater que le rapport médical du SMR du 25 août 2014 précité ne remplissait pas les réquisits pour se voir attribuer pleine valeur probante. Ne recouvrant pas la nature d'une expertise neutre au sens de l'art. 44 LPGA, notamment s'agissant du respect des droits de participation des parties à une expertise, ce rapport n'a en outre pas été établi conformément aux nouveaux critères établis par le Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux. Ainsi, une expertise judiciaire a été mise en œuvre, tendant à compléter celle des Drs C. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, dans le respect des droits de participation des parties à une expertise.

**L.** Par arrêt du 1<sup>er</sup> février 2017 (cause n° AA 115/15 ap. TF - 10/2017), la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision sur opposition du 9 novembre 2009 et renvoyé la cause à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants. Elle a statué que l'assuré avait droit aux indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement jusqu'au 3 septembre 2009. En outre, elle a retenu que les troubles somatiques entraînaient une incapacité de travail de 50% et a renvoyé la cause à la CNA pour que celle-ci fixe le montant de la rente

d'invalidité à laquelle avait droit l'assuré et procède à une nouvelle estimation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par arrêt du 5 décembre 2017 (cause 8C\_197/2017), le Tribunal fédéral a admis le recours formé par la CNA, annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 1<sup>er</sup> février 2017 dans la mesure où il retenait un taux d'incapacité de travail de 50% et renvoyé la cause à la Cour de céans pour instruction complémentaire au sens des motifs et nouveau jugement. Il a notamment retenu ce qui suit :

« 5.

5.1 Dans son rapport du 4 avril 2011, l'expert C. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de pygalgies droites dans un contexte d'une très discrète tendopathie du moyen fessier et des dysbalances musculaires, associées à un déconditionnement psychique, d'épicondylalgie droite, de syndrome fémoropatellaire bilatéral, de syndrome douloureux chronique, de status après accident de la voie publique du 6 septembre 2009 [recte : 7 septembre 2006] avec pneumothorax droit drainé, contusion pulmonaire minime, fracture de côte cervicale droite, fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, plaie du conduit auditif externe droit et fracture de l'épicondyle latéral du coude droit. L'expert a en outre répondu à diverses questions de la recourante. Il a notamment indiqué que les atteintes reposant sur un substrat organique démontrable et qui étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, pour le moins partiellement imputables à l'accident (cf. question n° 4.2), concernaient la hanche et le coude. A la question: "Quelle est votre appréciation de la capacité de travail en termes d'horaires et de rendement dans d'autres activités adaptées au handicap? De quel type d'activités s'agit-il?" (question n° 8), l'expert a répondu que les limitations fonctionnelles des hanches avaient uniquement des conséquences sur les activités requérant la marche ou la position debout, ainsi que pour monter sur des échelles ou des échafaudages. Globalement, il n'y avait aucune limitation pour les postures en position assise ou les activités alternées. En ce qui concernait le coude, le somaticien a précisé qu'il n'existait pas de limitation de la mobilité, ni en flexion/extension, ni en prosupination, qui empêchaient le maniement d'appareils dans les activités quotidiennes. L'expert se disait néanmoins impressionné par la limitation de la force de préhension du patient pour laquelle il n'avait pas d'explication anatomique. Il a indiqué que l'évaluation des capacités fonctionnelles montrait une exécution extrêmement lente, que ce soit avec ou sans port de charge, "qui pourrait certainement être attribuée à des appréhensions par crainte de se bloquer". En conclusion, il a estimé que l'intimé pourrait, dans une activité surtout assise, sans adaptation, avec un travail des membres supérieurs limités selon les recommandations de l'évaluation des ports de charge, exercer un temps complet. Toutefois, le rendement devrait être abaissé de 50 %. Il était à noter néanmoins "une diminution de l'attention, ceci pourrait laisser sous-

entendre une atteinte qui nécessiterait une évaluation neuropsychologique".

La recourante a précisé sa question n° 8 par deux sous-questions concernant l'appréciation de la capacité de travail dans des activités adaptées au handicap "compte tenu des atteintes imputables à l'accident reposant sur un substrat organique" (question n° 8.1) et "compte tenu de toutes les plaintes imputables à l'accident qui ne reposent pas sur un substrat organique" (question n° 8.2). A ces deux questions, l'expert a répondu par "Cf 8" à la première et par "Identique à ce qui est noté sous 8" à la seconde.

5.2. On peut déduire de ce rapport que les limitations fonctionnelles des hanches et du coude ne restreignent pas la capacité de travail de l'intimé dans une activité adaptée en position assise. Les raisons avancées par l'expert pour justifier une diminution de rendement ne paraissent pas avoir une origine somatique et ne sont de surcroît que de simples hypothèses au vu des termes utilisés ("pourrait certainement être attribuée"; "pourrait laisser sous-entendre"). On ne sait pas d'ailleurs dans quelle mesure l'expert attribue la baisse de rendement à une peur de se bloquer et/ou à une diminution de l'attention. Enfin l'expert retient que l'incapacité de travail est la même compte tenu des seules atteintes reposant sur un substrat organique et compte tenu de celles qui ne reposent pas sur un tel substrat. L'expert ne fournit aucune explication sur cette apparente contradiction. Dans ces conditions, il n'est pas possible de se prononcer précisément sur la capacité résiduelle de travail de l'intimé dans une activité adaptée compte tenu de ses seules atteintes somatiques en lien de causalité avec l'accident. La cause doit dès lors être renvoyée à la juridiction précédente pour qu'elle rende un nouveau jugement après complément d'instruction sous la forme d'une demande d'éclaircissements adressée à l'expert C.\_\_\_\_\_ ou, au besoin, en mettant en oeuvre une nouvelle expertise. »

**M.**            **a)** Reprenant l'instruction de la cause, la Cour de céans a invité, le 12 juillet 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ à se déterminer sur la base de questionnaires produits par les parties. Il a rendu son rapport le 25 septembre 2018 à la teneur suivante :

**« Questionnaire CNA :**

1) Dans votre rapport du 4 avril 2011, vous signifiez que M. F.\_\_\_\_\_ peut dans « une activité assise, sans adaptation avec un travail des membres supérieurs limité selon les recommandations de l'évaluation des ports de charges, exercer un temps complet ». Vous signifiez également que « toutefois le rendement devrait être abaissé de 50% » (rapport du 4 avril 2011 du Dr C.\_\_\_\_\_, p. 11 : réponse à la question 8.)

1.1 Pourriez-vous expliquer cette contradiction ?

1.1.1 C'est le choix des mots qui est malheureux : en fait par « temps complet » je voulais noter un temps de présence sur des

journées (donc journée complète) mais avec une baisse de rendement.

1.2 La baisse de rendement évoquée dans votre expertise est due à des problèmes somatiques ?

1.2.1 Non. C'est dû aux appréhensions d'avoir des douleurs et aux craintes de péjorer sa situation, de même qu'aux troubles de concentration. C'est pour cette raison que c'est marqué « quand il n'est pas conscient des meilleurs résultats peuvent être obtenus. Nous constatons un certain cumul entre ce que M. F. \_\_\_\_\_ montre et certaines limitations que nous avons constatées. » (Discussion, p.8).

1.3 Si la réponse à la demande 1.2 est oui, dans quelle mesure ?  
Question tombe vu que la réponse est non.

1.4 Dans quelle mesure la baisse de rendement évoquée peut être attribuée à une « appréhension par crainte de se bloquer » et/ou à une diminution de l'attention (voir rapport du 4 avril 2011 du Dr C. \_\_\_\_\_ ; p.11 : réponse à la question 8) ?

1.4.1 Comme marqué sous 1.2 : c'est surtout cet aspect psychologique qui influence le rendement.

2) Dans votre rapport du 4 avril 2011 vous répondez aux questions 8.1 et 8.2 par des renvois ( question 8.1/ réponse : « Cf. 8 » et question 8.2/ réponse : identique à ce qui est noté sous 8 »). Vous semblez donc considérer que l'incapacité de travail en termes d'horaires et de rendement dans d'autres activités adaptées au handicap serait la même compte tenu des atteintes imputables à l'accident reposant sur un substrat organique et compte tenu de celles qui ne reposent pas sur un tel substrat.

2.1 Pourriez-vous expliquer cette contradiction ?

2.1.1 C'est à nouveau un raccourci malheureux : en effet en ne prenant en considération uniquement les lésions organiques (fracture coude, lésion bassin et hanche) - sans entrer dans le ralentissement qui a son substrat plutôt d'appréhensions vu les inconstances notées - force est à noter que les limitations correspondent aux limitations fonctionnelles dans l'ECF. Et ainsi, il n'y a pas de diminution de rendement. Au contraire de la question 8.2 qui englobe les facteurs non accidentels.

2.2 Quelle est votre appréciation de la capacité de travail de M. F. \_\_\_\_\_ en termes d'horaires et de rendement dans d'autres activités adaptées à l'handicap compte tenu des atteintes imputables à l'accident reposant sur un substrat organique ?

2.2.1 En ne se contentant que de la partie orthopédique et de médecine physique, et en me basant sur mon évaluation des capacités fonctionnelles du 1.4.2017 (dans le cadre d'une expertise AI) nous retenons les limitations suivantes pour les ports de charges:

- sol-taille : 5 kg
- taille-tête : 5 kg

- Porter sur 10 m : 5 kg
  - Pousser (rarement) : 10 kg
- Alternance des postures debout-assise toutes les 30 min, avec une pause toutes les 2h, il devrait pouvoir travailler des jours entiers dans une activité plutôt sédentaire.

### **Questionnaire de Me Nordmann**

Monsieur le Dr C. \_\_\_\_\_ est prié de prendre connaissance de l'arrêt du Tribunal fédéral du 5 décembre 2017 annexé, estimant en substance que son rapport ne permet pas à lui seul « de se prononcer précisément sur la capacité résiduelle de travail de l'intimé dans une activité adaptée compte tenu de ses seules atteintes somatiques en lien de causalité avec l'accident ».

Au vu de l'appréciation émise par le TF sur votre rapport du 4 avril 2011, pourriez-vous préciser les points suivants, au besoin après avoir revu le patient :

a) quelles sont précisément les limitations somatiques de l'assuré dans une activité réputée adaptée en position assise ? Autrement dit : pouvez-vous clarifier, préciser, confirmer ou infirmer les hypothèses évoquées au considérant 5.2 de l'arrêt du TF ?

Les limitations sur une base purement somatique sont les suivantes : pour les ports de charges:

- sol-taille : 5 kg
- taille-tête : 5 kg
- Porter sur 10 m : 5 kg
- Pousser (rarement) : 10 kg

Alternance des postures debout-assise toutes les 30 min, avec une pause toutes les 2h, il devrait pouvoir travailler des jours entiers dans une activité plutôt sédentaire.

b) A quoi est due la baisse de rendement que vous estimez à 50% :

- S'agit-il de douleurs éprouvées dans la position assise (si oui : préciser s'il existe un moyen de réduire ces douleurs, par exemple par certains mouvements ou par des pauses et de quelles fréquences et durées) ?

Non c'est une diminution liée à l'appréhension et aux troubles de concentration

- S'agit-il d'un déficit d'attention et/ou d'un processus d'appréhension et d'évitement de la douleur ?

Oui

- S'agit-il des douleurs qui apparaissent lors de mouvements répétitifs du coude et/ou poignet et de la main droite (selon votre rapport) ?

Des douleurs liées à des souffrances non liées à l'accident.

- S'agit-il de l'effet pendant la journée, des douleurs et réveils nocturnes évoqués dans ce rapport ?

Non

- Y-a-t-il d'autres facteurs limitatifs du rendement et si oui lesquels ?

c) Il est question de lenteur dans l'exécution des tâches dans une activité assise : à quoi est due cette lenteur selon vous ?

Cette lenteur est liée à l'appréhension de déclencher des douleurs, créant ainsi une surprotection.

d) Les médicaments utilisés peuvent-ils avoir un effet négatif sur l'attention et la concentration ?

Oui, tant le Remeron (anti-dépresseur) que le Tramadol (anti-douleur) peuvent diminuer la concentration, vu que les effets secondaires bien connus, sont la fatigue et le trouble de concentration.

e) Estimez-vous que sur le plan somatique, une évolution pourrait encore avoir lieu dans le sens d'une amélioration de la capacité de travail, notamment via l'introduction de mesures de type professionnel (ergothérapie, mesures d'entraînement au travail, etc) ?

Actuellement, et avec le recul (ayant revu cette personne à plusieurs reprises dans le cadre d'expertises) il n'y a pas de réelle amélioration de la capacité de travail à s'attendre de mesures proposées.

f) Toutes autres réflexions ou appréciations de votre part

En espérant que ces précisions vous seront utiles, je reste à votre disposition pour de plus amples informations. »

A la demande des parties, le Dr C. \_\_\_\_\_ a complété son rapport en relevant notamment ce qui suit :

« **Questionnaire CNA :**

L'expert se contente d'énumérer les limitations fonctionnelles, sans toutefois commenter pour quel motif une restriction quant aux poids apportés surtout en alternance position debout assise toutes les 30 minutes, avec une pause toutes les 2 heures, serait nécessaire. Il convient en effet de signaler que ces limitations fonctionnelles, surtout en ce qui concerne la hanche, elle correspond partiellement initial. En effet, dans son rapport d'expertise [du] 4 avril 2011, celle-ci écrivait notamment qu'il n'y a aucune limitation pour les postures en position assise, respectivement que l'expertisé souffre surtout d'un déconditionnement musculaire dans un contexte cognitivo-comportemental s'expliquant par les nombreuses appréhensions le freinant dans les activités physiques. En ce qui concerne le coude, le Docteur C. \_\_\_\_\_ n'avait pas non plus noté de limitation de mobilité ni en flexion, ni en extension ni en prosupination. Par contre, il est impressionné par la limitation de force de préhension du patient pour laquelle il n'avait pas d'explication anatomique. De l'avis de l'intimé, ces contradictions doivent encore être levées.

Pour répondre à ces remarques, je dois me référer à mon expertise complémentaire faite dans le cadre de l'AI où j'avais revu le patient et nous avons organisé une évaluation des capacités fonctionnelles à Q. \_\_\_\_\_ le 1.4.2017, c'est donc ces nouvelles évaluations qui sont prises en compte.

Concernant les alternances de postures après 30 minutes, c'est ce qui a été observé durant l'évaluation des capacités fonctionnelles et lors d'un travail prolongé, il avait besoin d'une pause de 10 min

après 2 heures d'activité. Cette évaluation se trouve ci-dessous et étant donc plus récente d'où des valeurs différentes :

[Suit le relevé chiffré des différentes évaluations fonctionnelles auxquelles l'expert a procédé : évaluation de port de charges, postures / mobilité, déplacement, dextérité (test de coordination), test pact (auto-évaluation [ndr : auto-évaluation des capacités de la personne à réaliser certaines activités de la vie quotidienne : vaisselle, jardin, bricolage, peinture, courses, monter et sortir d'une voiture, etc.]), profil de rendement. L'expert a ensuite analysé les aptitudes suivantes : déplacements, charges, tirer-pousser en relevant ce qui suit] :

Pas de travail bras au-dessus de la tête, notons des bonnes performances en position assise statique. Lors des déplacements, le patient signale des douleurs.

Lors des performances de port de charges, elles sont suboptimales, car le patient a fait une évaluation psychophysique, avec en plus rapidement une boiterie.

### **Questionnaire de Me Nordmann**

**a)** Estimez-vous la prescription des médicaments mentionnés à la page 4, soit Remeron et Tramadol (l'un et/ou l'autre ou l'association des deux) médicalement justifiée ?

Je tiens en premier lieu à rappeler que le Remeron est un anti-dépresseur et que le Tramadol est un antalgique (faible morphinique) qui peuvent avoir des interactions par leurs effets sérotoninergiques : ils peuvent donc s'influencer mutuellement. Je mettrai un bémol sur l'association avec le Tramadol, mais il faudrait voir avec le psychiatre si le Remeron est justifié.

**b)** Quel est à votre avis le pourcentage de diminution de rendement lié à la contrainte somatique décrite soit entre « alternance de posture toutes les 30 minutes et pauses toutes les 2 heures » ?

La diminution de rendement ne doit pas dépasser les 10%.

**c)** Mêmes questions, à savoir estimation de la diminution de rendement (médicalement parlant) à raison des effets secondaires des médications prescrites sur l'attention et la concentration à plein temps.

La diminution de rendement liée aux médicaments ne doit pas dépasser les 10 à 20%. »

Se référant dans ses déterminations du 27 mars 2019 à l'appréciation chirurgicale du 13 mars 2019 de la Dre U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, médecin auprès de la Division médecine des assurances de la CNA, celle-ci a indiqué ce qui suit :

« Nous accusons réception de votre correspondance du 14 décembre 2018, nous adressant un exemplaire des réponses du Dr C.\_\_\_\_\_ au complément de l'expertise du 25 septembre 2018.

Ces documents, lesquels renvoient également à l'expertise médicale faite en 2017 dans le cadre de l'AI, ne permettent toujours pas de se prononcer sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes somatiques en lien de causalité avec l'accident. Tout comme en 2011, l'appréciation du rendement pour les séquelles somatiques exclusivement reste profondément contradictoire, ce qui a été confirmé par notre spécialiste en chirurgie générale et traumatologie à qui nous avons soumis le dossier.

Notamment, la Dresse U.\_\_\_\_\_, après avoir relevé toutes les incohérences et les contradictions figurant dans l'expertise et ses compléments, conclut dans son appréciation chirurgicale du 13 mars 2019 (cf. annexe) que l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_, quant à la diminution de rendement suite à l'atteinte somatique ou orthopédique, ne peut être suivie. En résumé elle relève que lors de ses expertises médicales et leurs compléments, le Dr C.\_\_\_\_\_ s'est basé sur les évaluations des capacités fonctionnelles effectuées en 2011 et 2017, tout en reconnaissant lui-même que leurs résultats étaient peu fiables, pour retenir, pour les seules séquelles somatiques, une capacité de travail avec diminution de rendement de 50% chez Monsieur F.\_\_\_\_\_. Ensuite, les médicaments que prend l'assuré de manière irrégulière et qui sont de surcroît peu ou sous-dosés, ne peuvent selon notre spécialiste entraîner les effets secondaires incriminés et, par conséquent, être à l'origine d'une diminution de rendement. Aussi, la Dresse U.\_\_\_\_\_ reconnaît-elle à Monsieur F.\_\_\_\_\_ une capacité de travail à 100% sans baisse de rendement dans une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les déplacements en terrain accidenté, la montée et descente répétée d'escaliers, d'échelles voire d'échafaudages, ainsi que le port de charge de plus de 5-10 kg et avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout.

Dans ces conditions, l'on ne peut attribuer pleine valeur probante à l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ et à ses compléments, dès lors qu'ils contiennent de nombreuses contradictions et que l'expert se fonde sur des éléments non somatiques pour retenir une baisse de rendement dans une activité adaptée chez l'assuré. Par conséquent, il apparaît qu'une nouvelle expertise doit être mise en œuvre, à moins que la capacité de travail, telle que définie par la Dresse U.\_\_\_\_\_ dans son appréciation chirurgicale du 13 mars 2019, emporte la conviction du Tribunal et que celui-ci estime que des mesures d'éclaircissement complémentaires seraient superflues. »

Dans ses déterminations du 16 mai 2019, F.\_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes :

« L'expertise C. \_\_\_\_\_ retient, sur la base de tests d'évaluation fonctionnelle, une diminution de rendement, dans une activité de substitution exigible (travail en usine ou en atelier) de 50%.

Le complément d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ ne remet pas ce pourcentage en cause.

Contrairement à ce qu'affirme la SUVA, le Dr C. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu qu'une partie de ce handicap serait due à des raisons psychiques. La diminution du rendement résulte de plusieurs facteurs :

- des douleurs pratiquement en permanence nécessitant des changements de positions au moins toutes les demi-heures et des pauses toutes les deux heures ;
- une gestuelle plus lente en raison de l'appréhension des douleurs (il n'est dit nulle part que cette appréhension serait infondée, autrement dit que ce serait une crainte de douleurs qui n'existent pas);
- effet des médicaments anti-dépression et antidouleurs (et somnifères) sur la capacité de concentration et donc le rendement.

Sur ce dernier point (médicaments), le recourant ne prend plus de Remeron, mais du Targin, qui est un opioïde. Par ailleurs, ces douleurs et sans doute le médicament en question constituent chez lui de graves perturbateurs de sommeil. Ci-dessous, je vous indique les médications en cours :

- Mirtazapine sandoz cpr peul 30 mg : antidépresseurs
- Oxynorm 10 mg : analgésiques stupéfiants
- Tranxilium tabs cpr pell 20 mg : sédatifs - tranquillisants
- Trittico cpr 50 mg : antidépresseurs
- Zoldorm cpr pell 10 mg : somnifères simples
- Targin 20 mg : analgésiques stupéfiants
- Co-dafalgan 500 / 30mg
- Dafalgan 1 g
- Irfen 600 mg anti-inflammatoire

Avec le mauvais sommeil et les somnifères, il faut plusieurs heures le matin pour que M. F. \_\_\_\_\_ ne soit plus "vaseux". Il n'est guère opérationnel avant 9 ou 10 heures du matin.

Reste à déterminer si, comme le laisse entendre la SUVA, l'assuré exagère ses troubles ou ne participe pas pleinement aux évaluations médicales et professionnelles. L'expertise de base du Dr C. \_\_\_\_\_ notait que « *la concordance entre l'anamnèse fournie par M. F. \_\_\_\_\_ et ce qui est noté dans le dossier est parfaite. Les plaintes sont restées concordantes au cours de son histoire...* » (p. 47).

L'expert a constaté « *que le patient semble bien limité dans ce qu'il parvient à faire traduisant l'importance des conséquences fonctionnelles de l'état douloureux* » (p. 48).

Certes, l'expert a écrit que le test de Waddell était pathologique (p. 48), mais ce n'est pas le cas puisque l'échelle de Waddell, chez le recourant, est à 2/5.

Le problème principal du recourant, ce sont donc les douleurs permanentes et l'absence de concentration induite par les lourdes médications. De plus, l'expert écrit (p. 48) « *les performances sont évaluées à un moment précis, sans que nous puissions l'extrapoler dans le temps* ». Le problème est donc sur la durée des performances, ce qui est essentiel pour l'appréciation du rendement, notamment pour les gestes répétitifs, comme l'écrit l'expert à la page 49 (« *il pourrait avoir une capacité de travail de 50% sur le plan somatique se basant sur les limitations fournies dans l'ECF (évaluation des capacités fonctionnelles). Cette capacité de 50% découle de l'importante diminution du rendement dans l'exécution des gestes (voir évaluation gestes répétitifs dans le Perdue p. ex.)...* »).

Au vu de tout ce qui précède, il semble que votre Cour soit à même d'apprécier la situation somatique (pas d'interférence psychique à prendre en compte dans le présent litige), l'appréciation globale de l'expert aboutissant à une diminution de rendement somatique de 50% pouvant être suivie.

Dans sa prise de position du 27 mars 2019, la SUVA écrit : « *par conséquent, il apparaît qu'une nouvelle expertise doit être mise en oeuvre, à moins que la capacité de travail, telle que définie par la Dresse U. \_\_\_\_\_ dans son appréciation chirurgicale du 13 mars 2019, emporte la conviction du Tribunal...* ». Le recourant, de son côté, estime que c'est l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_, expert judiciaire, et non de la Dresse U. \_\_\_\_\_ (qui a émis un avis sur dossier et sans voir le patient, autrement dit un avis qui n'est rien d'autre qu'une déclaration de partie) qui devrait être préféré. A l'instar de la SUVA, nous avons une position subsidiaire : si le Tribunal devait ne pas juger probante l'expertise C. \_\_\_\_\_, il faudrait alors effectivement une nouvelle expertise avec une nouvelle évaluation professionnelle pour un travail en usine ou en atelier (étant précisé que dans ce dossier personne ne prétend que le recourant pourrait exercer une activité nécessitant un investissement physique autre qu'en usine ou en atelier, tel que chauffeur-livreur, ouvrier de chantier ou autre). »

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

- 1.** La Cour des assurances sociales doit statuer à nouveau dans cette affaire, après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 5 décembre 2017.
- 2.** En substance, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était nécessaire de procéder à un complément d'instruction sur la question de

la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée compte tenu de ses seules atteintes somatiques en lien de causalité avec l'accident du 7 septembre 2006.

**3.** Les modifications de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

**4. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**5. a)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**b)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6.** Tel que circonscrit par le Tribunal fédéral dans son arrêt de renvoi du 5 décembre 2017, le litige subsiste sur le seul point de savoir si, sur le plan strictement somatique, la capacité de travail résiduelle du recourant se trouve entravée par une diminution de rendement propre à conduire, dès après la stabilisation du cas, à un droit à des prestations de l'assurance-accident. Au regard du complément d'instruction requis, cela revient à apprécier les conclusions de l'expert C.\_\_\_\_\_, respectivement à éprouver leur valeur probante.

Il est admis que l'atteinte à la santé sur le plan somatique - à savoir la persistance d'une symptomatologie douloureuse - repose sur un substrat organique tenant aux hanches et au coude. Quant aux hanches, les limitations fonctionnelles tiennent au temps de marche et à la station debout, une pleine capacité étant retenue en position assise, avec alternance des positions. Quant au coude, il n'y a plus de limitation

objective de la mobilité, mais une limitation en termes de force. L'expert retient par ailleurs une parfaite cohérence du tableau clinique au long cours, alors que la capacité fonctionnelle se trouve en définitive entravée par un mode d'exécution lente, tenant essentiellement à des appréhensions de blocages propres à générer ou accroître la douleur.

Il ressort des déterminations successives de l'expert qu'en réalité, il peine encore et toujours - respectivement se refuse - à dissocier la cause strictement organique de la diminution du rendement, du substrat non organique tenant en résumé aux empreintes du diagnostic de trouble somatoforme retenu sur le plan psychique.

On observe ainsi que, selon l'expert, l'assuré, sur un plan strictement physique, est capable de faire une journée entière de travail, la diminution de rendement au travail n'étant pas due à un problème somatique, mais d'ordre psychique (appréhension quant à la douleur avec mécanismes de surprotection, avec diminution de la concentration due à ceux-ci comme à la prise de médicaments). Alors que les limitations fonctionnelles sont précisées, conduisant à retenir une pleine capacité de travail en position assise avec alternance des positions, respectivement à de bonnes performances en position assise et statique, le port de charges ne se trouve entravé, de l'aveu de l'expert, que par une auto-évaluation « psycho-physique » de l'intéressé. On observe enfin que dans cette problématique de l'évaluation d'un rendement au travail au regard des seules limitations physiques, l'expert est peu cohérent retenant tantôt un taux global de 50%, tantôt une diminution maximale de 10% pour l'alternance des positions et des pauses, et de 10 à 20% pour les effets des médicaments.

Avec l'expert, il convient d'admettre toute la difficulté dans le cas d'espèce d'isoler la problématique strictement somatique tenant aux suites de l'accident, de la problématique globale d'un assuré auquel on ne dénie en aucun cas les souffrances permanentes, lesquelles relèveraient toutefois plutôt du diagnostic psychiatrique également clairement posé. Le contentieux de l'assurance-accident impose cependant de dissocier ces

critères, dans la mesure où la prise en charge des suites psychiques de l'accident se trouve écartée faute de causalité suffisante.

A cet égard, les considérations émises par la CNA, telles que motivées par la Dre U.\_\_\_\_\_, au terme d'une analyse rigoureuse et circonstanciée de l'ensemble des évaluations médicales successives, mènent au constat, non pas d'un manque d'objectivité de l'expert quant aux examens pratiqués et à ses conclusions, mais au fait que celui-ci admet implicitement ne pas pouvoir se cantonner à une approche strictement somatique des conséquences de l'accident. On observe du reste dans ce sens la perplexité de l'expert lui-même quant à l'absence des répercussions physiologiques qu'aurait dû entraîner la boiterie de l'intéressé, ce qu'avait déjà observé la Dre X.\_\_\_\_\_. Enfin, les arguments tirés de la prise de médicaments et l'impact sur la concentration ne sauraient conduire, comme l'argumente la Dre U.\_\_\_\_\_ de manière convaincante, à une diminution du rendement sur le seul plan physique.

Cela étant, l'analyse strictement médico-théorique du cas par l'expert C.\_\_\_\_\_ échappe à la critique, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise sur le plan orthopédique.

Ne seront toutefois pas suivies les conclusions de cet expert quant à une diminution de rendement tenant aux seules atteintes physiques, ceci au regard des seules limitations fonctionnelles très claires afférentes à ce seul registre, seules déterminantes pour la résolution du contentieux de l'assurance-accident. Sur le plan médico-théorique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est dès lors retenue.

Il y a lieu de préciser qu'une approche médicale globale du cas de l'assuré en termes de capacité de travail résiduelle effective, que celui-ci comme le Dr C.\_\_\_\_\_ appellent de leurs vœux, pourra s'effectuer, sur le plan asséculologique, dans le cadre du contentieux de l'assurance-invalidité, encore pendant.

**7.** Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté par F.\_\_\_\_\_ se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition du 9 novembre 2009.

**8.** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 novembre 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour F. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :