

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 août 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Röthenbacher et Pasche, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Reymond, avocat à
Lausanne,

et

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

Art. 17, 36 al. 1, et 53 al. 1 et 2 LPGA ; art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de boucher depuis le 1^{er} juillet 1998 auprès de l'entreprise D._____ à [...].

B. Le 29 juin 2000, il a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il était au volant de sa voiture, il s'est fait percuter par un autre véhicule qui doublait un camion dans un virage, entraînant un choc frontal avec perte de connaissance. Désincarcéré et transporté au V._____ par la Rega, il a subi de multiples opérations et a été hospitalisé durant deux ans par intermittence. Son cas est d'un point de vue asséculo-logique pris en charge tout d'abord par les U._____, puis par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Il ressort d'un rapport du 31 octobre 2000 des Drs S._____ et E._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et P._____, médecin-assistant, que l'assuré a notamment souffert d'une fracture luxation postérieure de la hanche gauche, d'une fracture de la colonne postérieure et hémi-transverse antérieure du cotyle gauche, d'une fracture luxation du Lisfranc du pied droit, d'une fracture ouverte stade II de la palette humérale gauche, d'une fracture ouverte stade II de l'olécrâne gauche, de fractures sous-capitales des métatarsiens II à IV à droite, d'une fracture du sinus frontal, d'une fracture de la onzième dent et de plaies faciales.

Sollicité par les U._____, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a réalisé une expertise afin d'évaluer l'atteinte à l'intégrité au sens de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Dans un rapport du 22 août 2003, ce praticien a posé les diagnostics de prothèse totale de la hanche gauche pour ostéonécrose aseptique secondaire à une fracture luxation postérieure de la hanche gauche avec fracture du cotyle gauche ostéosynthésé, d'arthrose secondaire débutante

du Lisfranc droit après fracture/luxation du Lisfranc droit et fracture sous-capitale des métatarsiens II et IV à droite traitées par réduction/ostéosynthèse et plâtre, de réduction et ostéosynthèse d'une fracture du sinus frontal et déviation de la cloison nasale, de fractures dentaires, de multiples plaies faciales et d'arthrolyse partielle puis totale d'une ostéosynthèse de la palette humérale et de l'olécrâne gauche, pour fracture ouverte stade II. L'expert a estimé que l'état actuel de l'assuré pouvait être considéré comme stabilisé, tout en précisant qu'il était susceptible d'aggravation. Excluant toute capacité de travail dans la profession de boucher, le Dr B. _____ a cependant estimé qu'elle était totale, si l'intéressé était assis, occasionnellement debout, avec des ports de charges n'excédant pas 10 kg.

La CNA a par la suite mandaté le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 26 mai 2004 [recte : 2005], l'expert a notamment posé les diagnostics d'état dépressif majeur en rémission subtotale, de personnalité immature à traits caractériels et de fonctionnement passif-dépendant « subdécompensé ». Sous le point « Discussion », l'expert a en particulier écrit ce qui suit :

« [...] »

Le long entretien que nous avons eu avec Monsieur T. _____, les tests psychométriques que nous lui avons fait passer et la lecture attentive des documents en notre possession nous permettent de porter les conclusions suivantes :

D'un point de vue psychopathologique, Monsieur T. _____ ne paraît pas avoir présenté de réaction émotionnelle particulièrement importante des suites de son accident de circulation du 29.6.2000. En particulier, il n'y a pas d'arguments pour un état de stress post-traumatique (PTSD), ce qui est fréquent lorsqu'il existe une perte de connaissance qui, selon la littérature et l'expérience, permet aux sujets qui demeurent en grande partie amnésiques de l'événement accidentel de les protéger contre le développement d'une pathologie anxieuse réactionnelle (PTSD). Rien n'indique non plus que Monsieur T. _____ ait développé un état dépressif réactionnel à l'accident incriminé.

Néanmoins, l'assuré paraît vraisemblablement avoir présenté un état dépressif dès octobre 2001 (Cf. rapport du Dr. I. _____ du 9.1.2005 à notre attention) lié surtout à son échec sentimental. Celui s'est aggravé fin 2002, début 2003 suite aux difficultés rencontrées

lors de son stage de réinsertion professionnelle sous l'égide de l'OAI du fait probablement d'attentes et ambitions excessives qui sont plus l'expression de ses illusions narcissiques peu en rapport avec son potentiel objectif.

Tant le Dr I. _____ que les médecins de l'Hôpital de [...] où Monsieur T. _____ a été hospitalisé du 2.3 au 11.3.2004 évoquent alors un état dépressif majeur de gravité moyenne. Celui-ci semble avoir évolué favorablement sous traitement antidépresseur (Efexor ER) et par le cours naturel des choses. En effet, tant les propos de Monsieur T. _____ que la lecture du rapport du Dr K. _____ neurologue FMH daté du 30.3.2004, confirment l'évolution favorable de cette symptomatologie dépressive. Lors de notre examen du 2.12.2004, il n'y a pas véritablement de symptomatologie dépressive suffisante pour évoquer un état dépressif majeur de gravité moyenne, sévère, y compris un fond dysthymique, raison pour laquelle nous retenons l'hypothèse d'un **état dépressif majeur**, actuellement **en rémission subtotale**.

Nous n'avons aucun autre diagnostic à retenir sur l'Axe I.

L'élément le plus déterminant ici paraît être un trouble majeur de la **personnalité** qui semble s'être "**décompensée**" en partie des suites de l'accident du 29.6.2000. Tant le Dr I. _____ que l'Hôpital de [...] évoquent "une modification durable de la personnalité après un événement traumatique", diagnostic que l'on retrouve au sein de la CIM-10 et qui se réfère au schéma de Fenichel du triblocage des fonctions du moi : fonction de filtration de l'environnement, fonction de présence dans le monde et fonction de relation à autrui. Il en découlerait ainsi une perte d'intérêt (symptôme anhédonie de la dépression), un éloignement vis-à-vis du monde (symptôme retrait social de la dépression) mais aussi des symptômes tels que l'aboulie et l'impression d'un avenir bouché (symptôme péjoration de l'avenir de la dépression.)

De notre point de vue, cette constellation ne se retrouve pas dans la **personnalité** du sujet chez lequel on retrouve surtout peut-être une accentuation du fonctionnement pathologique prémorbide, caractérisé par **l'immaturité** affective, un fonctionnement souvent passif-dépendant accompagné de réactions caractérielles, abandonniques en cas de frustration. Monsieur T. _____ paraît mal cerner les limites de ses compétences, de ses connaissances. Il a un idéal de réussite qui n'est pas en rapport avec son potentiel, car dans les faits, il ne paraît pas apte à assumer une activité trop compétitive, des tâches trop complexes ainsi qu'un excès de responsabilités, notamment professionnelles.

Les conséquences en terme de perte de son statut professionnel, sa rupture affective qui ont suivi l'événement du 29.6.2000 paraissent avoir déstabilisé cette structure prémorbide particulièrement vulnérable disposant de peu de facultés adaptatives face à la réalité entraînant une évolution vers la régression.

En effet, actuellement, Monsieur T. _____ donne le sentiment de s'enfuir dans la rêverie, un monde imaginaire (carrière de peintre ou politique au conseil municipal de [...]) lui permettant de satisfaire

ses illusions narcissiques et d'éviter la confrontation à la réalité tout en satisfaisant ses besoins de dépendance.

Il s'agit ici d'un **trouble majeur de la personnalité** assimilable en grande partie à une atteinte à la santé mentale puisque depuis l'adolescence, il est à l'origine d'un dysfonctionnement relationnel qui s'est traduit tant dans sa vie professionnelle, affective que probablement sociale. Le tout se greffe sur une sorte dysharmonie évolutive au niveau de l'intelligence ce qui l'empêche véritablement de faire de nouvelles acquisitions, en particulier professionnelles.

Actuellement, Monsieur T._____ paraît se réfugier derrière les hypothétiques conséquences d'ordre neuropsychologique de son accident du 29.6.2000 qui aurait provoqué des troubles mnésiques. Force est de constater néanmoins que l'examen neuropsychologique du 22.2.2003 effectué par la Prof N._____ du V._____ paraît relativement rassurant : "le langage est spontané, sans particularités ; en mémoire court terme, l'empan verbal est dans les limites de la norme. En mémoire antérograde, l'apprentissage de la connaissance et de l'évocation différée est dans les normes ; la mémoire de travail est satisfaisante. Enfin les fonctions exécutives et l'attention sont jugées comme normales. Elle conclut donc à : "une normalisation des fonctions mnésiques autrement dit un retour au statu quo ante". En d'autres termes, cette appréciation subjective de Monsieur T._____ n'est pas confirmée par un examen objectif. Il faut se rappeler aussi que depuis petit, l'assuré présente des troubles attentionnels et d'intégration des connaissances qui, visiblement, ont persisté jusqu'à l'heure actuelle.

En conclusion, Monsieur T._____ ne souffre pas de troubles psychologiques actuellement sur l'Axe I ou d'atteinte neuropsychologique pouvant être en rapport de causalité naturel de l'événement accidentel du 29.6.2000. En particulier, Monsieur T._____ n'a pas développé d'état de stress post-traumatique, d'état dépressif majeur en relation avec cet événement, ni de modification durable de la personnalité après une situation catastrophe. Il faut ici évoquer essentiellement "un état antérieur" sous forme d'un trouble de personnalité qui s'est "décompensé" après l'événement accidentel du 29.6.2000, mais pas exclusivement au motif de l'événement lui-même, mais des nombreuses pertes objectives subies depuis lors : baisse performances physiques ; échec matrimonial ; échec de son reclassement professionnel sous l'égide de l'OAI. Cet échec n'est pas surprenant chez ce sujet qui, mis à part l'obtention par l'art. 41 d'un CFC de boucher en 2000, n'a jamais été en mesure de mener à terme un apprentissage, d'assumer des responsabilités, notamment lorsqu'il a tenté de reprendre la gérance d'une boucherie à son propre compte.

Au niveau médical, il n'y a aucun traitement psychiatrique qui soit indispensable dans cette situation ou susceptible de modifier le tableau clinique, ceci d'autant plus que vu les caractéristiques du trouble de sa personnalité, Monsieur T._____ paraît peu accessible à une approche psychothérapeutique

□ **Qu'en est-il de la capacité de travail de l'assuré(e) en fonction des troubles psychiatriques susmentionnés ?**

Monsieur T._____ présente actuellement une personnalité immature à fonctionnement passif-dépendant avec des traits caractériels marqués "subdécompensée". Vu l'éloignement persistant du monde du travail et l'échec rencontré lors de son dernier stage de réinsertion professionnelle sous l'égide de l'OAI, actuellement Monsieur T._____ semble s'être conforté dans son identité de victime ou de futur invalide, rejetant la responsabilité de ses échecs sur autrui, notamment sur l'OAI. Objectivement, Monsieur T._____ paraît néanmoins être tout à fait apte à assumer son quotidien, que ce soit les tâches administratives, l'éducation de sa fille qu'il voit fréquemment, ses différents loisirs et quelques activités bénévoles, notamment dans la politique [...].

Faut-il autant pour autant en conclure que Monsieur T._____ est parfaitement apte à retrouver par lui-même une activité professionnelle adaptée à son handicap somatique objectif ? L'expert ne le pense pas, mais cette opinion est à nuancer. En effet, si Monsieur T._____ a toujours pu fonctionner cahin-caha seulement dans un métier peu qualifié comme aide boucher le sollicitant peu intellectuellement, il paraît relativement démuné pour chercher un autre emploi en raison de son intelligence assez limitée, de capacités adaptatives restreintes. De surcroît, l'assuré a une perception très irréaliste de son potentiel ainsi que ses projets qui le sont tout autant, ce qui témoigne d'une certaine anosognosie et rend bien entendu le processus de réhabilitation difficile.

Dans la situation qui nous occupe, nous pensons qu'il ne faut pas viser un reclassement professionnel léger mais une aide au placement dans une activité simple. Nous pouvons définir comme suit une activité raisonnablement exigible. Elle devra être bien entendu adaptée à son atteinte somatique, comporter des tâches simples et répétitives ne demandant pas de prise d'initiative, ni d'analyse de problème complexe, être accomplie dans un environnement peu compétitif, lui permettant de conserver une certaine autonomie où il ne serait pas trop soumis aux contraintes de la hiérarchie. Une activité pourrait de surcroît permettre à l'assuré de pouvoir conforter son narcissisme et éviter la régression et la désinsertion socio-affective qui se profile à l'horizon. Il y a malgré tout un bémol, car il est très difficile de savoir aujourd'hui si l'assuré est prêt à reprendre une activité professionnelle qui ne corresponde pas à ses aspirations narcissiques et si un tel processus risque de nouveau de le « décompenser » du point de vue psychique. De telles démarches doivent néanmoins être entreprises sous forme d'une aide au placement avant de conclure à une invalidité partielle ou définitive pour des motifs psychiques.

Questions de la SUVA

1. Plaintes actuelles ?

Cf. point 2.1.

2. Biographie et anamnèse sociale objectives ? Anamnèse personnelle, en particulier au regard du tableau psychique en cause. Quand les troubles psychiques se sont-ils manifestés pour la première fois ? Comment ont-ils évolué jusqu'à aujourd'hui ?

Cf. point 1.1. à 1.10.

3. Constatations ?

Cf. point 3.1. à 3.4.

4. Diagnostic et diagnostic différentiel selon l'ICD 10 ou DSM IV ? Pourquoi (motivation) ?

Axe I Etat dépressif majeur en rémission subtotale.

Axe II Personnalité immature à traits caractériels et fonctionnement passif-dépendant "subdécompensé".

Axe III Cf. spécialistes concernés

Axe IV Status post-polytraumatisme suite AVP en 2000 ; divorce; échec reclassement professionnel sous l'égide de l'OAI ; conflits familiaux

5. En cas de troubles psychogènes :

5.1 L'assuré souffrait-il déjà avant l'accident d'une affection psychique ?

Si oui, laquelle selon l'ICD ou DSM IV ?

Oui, sous forme d'un trouble de la personnalité majeur pouvant être assimilable en grande partie à une atteinte à la santé mentale.

5.2 Comment l'assuré a-t-il subjectivement vécu et assimilé l'accident ?

L'accident du 29.6.2000 en tant que tel a été bien assimilé mais ce sont ses conséquences en terme de handicap physique puis la succession d'échecs tant matrimoniaux que liés à sa tentative de réinsertion sous l'égide de l'OAI qui ne l'ont pas été.

5.3 Quelle appréciation porte l'assuré sur ses troubles psychiques ?

Monsieur T._____ a une très mauvaise conscience de ses difficultés, de ses limitations psychiques et intellectuelles, d'où une tendance à avoir des projets et ambitions de réinsertion professionnelle souvent irréalistes et peu en rapport avec son potentiel objectif.

5.4 Quel rôle joue la structure de la personnalité ?

La structure de personnalité de Monsieur T._____ joue un rôle majeur dans l'échec des possibilités de réinsertion professionnelle.

5.5 Existe-t-il d'autres facteurs étrangers à l'accident ?

D'un point de vue psychiatrique, il faut évoquer comme facteurs étrangers à l'accident, sa séparation conjugale, des

difficultés liées à l'éducation de sa fille et l'interruption des mesures de reclassement professionnel sous l'égide de l'OAI.

5.6 Comment expliquez-vous la survenance desdits troubles ?

Jusqu'à l'accident du 29.6.2000, l'assuré trouvait toutefois un aménagement à sa fragilité psychique par l'accomplissement de son travail d'aide boucher et la pratique de sports "extrêmes" qui lui permettaient ainsi de compenser son sentiment de manque et d'insuffisance. L'accident et l'impossibilité de poursuivre son activité antérieure, lesdits sports "extrêmes," son échec au niveau de sa vie matrimoniale ainsi que de sa réinsertion professionnelle sont venus déséquilibrer cette personnalité par ailleurs déjà très fragile.

5.7. Quel est l'effet sur l'expertisé de la lenteur du traitement de son dossier par l'AI ?

La lenteur du traitement de son dossier par l'OAI résulte aussi de la personnalité de Monsieur T._____ qui se montre souvent irréaliste dans ses attentes et projets de reclassement professionnel et tend à attribuer à autrui la cause de ses difficultés.

5.8 Quelles sont les séquelles neuro-psychologiques découlant de l'accident de juillet 2000, tels que déficits de mémoire et de concentration et leurs effets sur la capacité d'exercer une activité ?

Aucune actuellement liées à l'accident du 29.6.2000. L'examen neuropsychologique du 22.2.2003 démontre une normalisation et un retour au statu quo ante.

Thérapie :

5.1 Peut-on, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre d'un traitement psychiatrique une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré ?

Non, car Monsieur T._____ a une faible conscience morbide et n'a ni la motivation ni peut-être les capacités introspectives pour bénéficier d'un véritable suivi psychothérapeutique. Par ailleurs, un traitement pharmacologique ne paraît pas indiqué à l'heure actuelle car il n'existe pas de troubles psychiatriques majeurs sur l'Axe I.

6.2 Si oui, lequel ?

--

7. Capacités professionnelles :

7.1. Au regard des seuls troubles psychiques, comment appréciez-vous la capacité de travail en terme de rendement, en qualité de... ?

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

En théorie, Monsieur T. _____ devrait avoir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son invalidité physique et la singularité de sa personnalité. La baisse de rendement est mineure.

Néanmoins, un tel projet doit être assorti d'une aide au placement sous l'égide de l'OAI. Le risque de décompensation psychique et d'évolution vers une sorte de sinistrose n'est pas exclu dans la perspective d'un tel projet, mais devrait être pris. Cette situation devra être réévaluée auprès d'un médecin expert avant de conclure à une invalidité psychique définitive.

7.2. Au regard des seuls troubles psychiques, quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles ? Avec quels horaires et rendement ?

Cf. discussion

8. Pronostic :

En partie réservé, car Monsieur T. _____ paraît s'être conforté dans une attitude de passivité attendant que l'AI résolve les problèmes à sa place.

8.1 Peut-on attendre avec le temps un amendement partiel ou total du tableau psychique ?

Pas vraiment, le statu quo sine a été en grande partie atteint.

8.2. Si oui, dans quel délai ?

--

8.3. Ou peut-on affirmer que lesdits troubles persisteront vraisemblablement avec au moins la même gravité la vie durant ?

Dépendent des possibilités de réinsertion de l'assuré ce qui lui permettrait de conforter son narcissisme défailant.

8.4 Du point de vue psychiatrique, quels motifs parlent ici contre le principe de dégressivité des troubles psychiques ?

Pour l'heure, il n'y a pas de troubles psychiatriques sur l'AXE I. Ceux-ci ont évolué favorablement par le cours naturel des choses et la prescription d'antidépresseur ad hoc.

9. Qu'elle est la part (pourcentage) des facteurs étrangers à l'accident dans le tableau psychique actuel ?

> 80 %

10. Remarques éventuelles ? »

Dans son rapport du 7 juillet 2005, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a considéré que compte tenu de l'atteinte du coude gauche et de l'épaule droite et d'une certaine aggravation prévisible, un taux d'atteinte à l'intégrité de 50 %, équivalent à la perte d'un membre, pouvait être reconnu.

Par décision du 29 mai 2008, la CNA a reconnu dès le 1^{er} avril 2008 le droit à une rente d'invalidité de 27 % et a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 53'400 fr., fondée sur un taux de 50 %. Cette décision a été confirmée par la décision sur opposition rendue par la CNA le 31 janvier 2013.

C. Par demande du 4 octobre 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a déposé auprès de la CNA une demande de révision de toutes les décisions le concernant rendues par l'assurance-accidents. A l'appui de cette demande, il invoquait une expertise psychiatrique et orthopédique rendue au Tribunal cantonal le 12 juillet 2013. Ce document, reçu par son avocat le 25 juillet suivant, venait selon l'assuré infirmer les précédentes constatations médicales et psychiatriques à son sujet. Il était d'avis que cette expertise démontrait qu'il était en incapacité totale de gain professionnel depuis le 30 juin 2000, laquelle était directement liée au préjudice ostéoarticulaire, maxillo-facial et psychologique résultant de l'accident dont il avait été victime. Il requérait dès lors que la CNA lui octroie, avec effet rétroactif, toutes les prestations auxquelles il avait droit. Il produisait en annexe à sa demande de révision le rapport d'expertise du 2 mai 2013 des Drs L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel ces derniers posaient les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ou processus d'invalidation ou encore névrose de compensation ou sinistrose, d'épisode dépressif récurrent, moyen, sans syndrome somatique, et de traits de personnalité de type narcissique et immature, retenu comme traits d'autres troubles spécifiés de la personnalité. Sous le point « Discussion sur la thématique psychiatrique », les experts ont écrit ce qui suit :

« Un diagnostic différentiel psychiatrique de la dynamique psychique de l'expertisé se révèle nécessaire en raison des interprétations différentes des différents médecins qui l'ont examiné.

En effet, on pourrait globalement retenir d'une part, l'image d'un homme sans anamnèse familiale ou personnelle particulièrement traumatiques, fonctionnant harmonieusement dans sa vie quotidienne et dans le métier qu'il s'est choisi, ayant atteint les objectifs qu'il s'était fixés, ayant constitué sa famille, vivant avec une épouse à laquelle il souhaitait effectivement faire un enfant, venant d'achever un CFC permettant une valorisation future du métier qu'il a choisi, ayant acquis une maison qu'il souhaite revaloriser à l'avenir, où il réside depuis 5 jours, et pratiquant les sports qu'il affectionne parce qu'il y trouve des délasséments bienvenus.

L'accident entraînerait alors brutalement et définitivement l'écroulement de ses projets, il perd peu à peu tous ses repères de vie, sa mobilité dans un premier temps et l'assurance qu'il ne pourra plus pratiquer son métier, et ne peut se réinsérer dans un autre malgré ses efforts, avec une symptomatologie douloureuse qui persiste, des troubles de l'humeur et de la réactivité aux événements, et un effondrement social progressif sur tous les plans, sentimental, social, professionnel et financier.

D'autre part, on dessinerait l'image d'un homme ayant vécu depuis l'enfance dans une atmosphère familiale perturbée, et en raison d'un trouble majeur de la personnalité de type immaturité et d'un fonctionnement passif-dépendant, présentant depuis toujours des difficultés d'adaptation importantes, d'apprentissage, de scolarisation, professionnelles, sociales et sentimentales.

Ces difficultés qui l'amènent à vivre des choix sportifs à risques légitimés par son fonctionnement pré-morbide inadapté, des changements professionnels motivés par son incapacité ou ses troubles de comportement, et des conflits avec son épouse, notamment dans les soins apportés à leur enfant.

L'accident serait alors d'importance moindre dans sa trajectoire de vie déjà problématique, n'entraînant de réelles difficultés psychiques et uniquement dépressives, que lorsque la réinsertion professionnelle ne se réalise pas, parce qu'elle est représentée comme une illusion narcissique par l'expertisé, le confrontant aux manques adaptatifs qui le composent, de type réactions caractérielles et abandonniques en cas de frustration.

Quel impact de l'accident sur la réactivité émotionnelle globale de l'expertisé peut-on donc retenir ?

Les premiers psychiatres qui ont examiné l'expertisé ont diagnostiqué un état dépressif d'intensité moyenne et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe due à l'accident de juin 2000.

Notamment le Dr I. _____ en octobre 2001 (et jusqu'en mai 2002), qui souligne que cet état avait une influence certaine sur sa vie de couple et sa réintégration professionnelle.

Les psychiatres de l'hôpital psychiatrique de [...], où l'expertisé passe une dizaine de jours au début mars 2004 retiennent le même diagnostic, pourtant plus de deux ans après.

Il est à noter qu'alors l'expertisé avait été hospitalisé après avoir demandé du secours à un proche, étant animé de scénarios suicidaires.

A ce moment-là, l'état dépressif de l'expertisé est bien argumenté par les psychiatres, qui décrivent notamment l'humeur triste, l'aboulie, l'anhédonie partielle, la perte de poids avec maigreur, la thématique d'isolement et la persistance de l'idéation suicidaire.

En ce qui concerne la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, elle est argumentée par la présence de changements dans les perceptions, les pensées et les relations à autrui que présente l'expertisé dans sa vie quotidienne, en contraste avec ce qu'il a vécu avant l'accident de juin 2000.

Les psychiatres relèvent en effet que l'expertisé « est de plus en plus isolé sur le plan social, se montrant méfiant et projectif envers les autres », décrit « un sentiment de découragement constant », « semble tendu, décrit des moments d'anxiété intenses se développant en quelques minutes et se terminant par des vomissements qu'ils ont pu constater », « a une crainte de devenir fou ».

Les arguments diagnostiques sont suffisants pour poser ces diagnostics, le psychiatre note « qu'il semble très difficile pour ce patient de métaboliser sur le plan psychologique son accident ainsi que les multiples pertes qui ont suivi, sans parler des lésions neuropsychologiques possibles », qu'il est remarqué que cette symptomatologie entraîne une souffrance significative, qui va en se péjorant, et que l'expertisé fait remonter sa symptomatologie dépressive aux suites de l'accident, donc après un événement important, et dans une durée supérieure à deux ans.

Le Dr M. _____, qui a examiné l'expertisé le 2 décembre 2004 dans le cadre d'une expertise psychiatrique, ne retient pas ces deux diagnostics.

S'il trouve la présence d'un état dépressif lors de son entretien, il conclut à un état dépressif majeur qui serait alors en rémission subtotale.

Ce qui est en accord avec l'anamnèse qu'a relevée le patient et les rapports des Drs R. _____ et G. _____, qui ont vu l'expertisé respectivement les 30 -31 mars et le 16 août 2004 : l'expertisé se sent alors un peu mieux sur le plan psychologique.

Cependant, l'expert fait remonter l'apparition de l'état dépressif à octobre 2001, en fonction de l'anamnèse du Dr I. _____, et lie cet état à son échec sentimental.

Je ne suivrai pas cet avis, car le Dr I. _____ a précisé, d'une part que l'état dépressif était évident dès les premiers entretiens en octobre 2001, donc on peut raisonnablement retenir qu'il avait débuté auparavant pour devenir manifeste à ce moment-là, et d'autre part le psychiatre traitant relève que «son état psychique avait une influence certaine sur la relation de couple et sur ses capacités à se réinsérer sur le plan socioprofessionnel», l'état dépressif ne serait donc pas consécutif aux difficultés conjugales mais péjorerait la relation.

Il faut encore souligner un point chronologique et d'interprétation.

Dans son rapport, le Dr M. _____ note pour la date du 6 février 2004 l'amélioration psychique de l'expertisé constatée par le Dr G. _____, alors que celle-ci est mentionnée par ce médecin seulement lorsqu'il réexamine l'expertisé le 16 août.

En fait lors de son premier examen, le Dr G. _____, le 2 mars 2004, relève que l'expertisé disait être très mal sur le plan psychologique et même "craquer" littéralement depuis quelques jours face à l'échec de sa reconversion professionnelle.

Le médecin expert mentionne que l'expertisé a "très mal accepté cette nouvelle" sans préciser s'il s'agit de la pleine capacité de travail ou de la nécessité d'une expertise psychiatrique, et qu'il se trouvait alors un état de désarroi psychologique qui a abouti à une hospitalisation en milieu psychiatrique, effectivement le 2 mars 2004.

Cette erreur dans les dates et cette interprétation nuisent à la compréhension de l'évolution psychique de l'expertisé, puisqu'elles incitent à penser que l'examen du Dr K. _____ et sa confirmation de la capacité de travail déjà énoncée par le Dr B. _____, ou encore la notion d'une expertise psychiatrique, ont décompensé l'état psychique de l'expertisé, qui jusqu'à lors se "sentait un peu mieux sur le plan psychologique".

Le point de désaccord le plus important entre les médecins traitants et le Dr M. _____ concerne bien sûr l'existence d'un état dépressif réactionnel à l'accident.

Le Dr M. _____, en faisant débiter l'effondrement thymique en octobre 2001, et lié aux difficultés conjugales, le détache de l'événement constitué par l'accident, ce qui diminue la portée psychique de celui-ci.

Finalement il retient même que « les symptômes dépressifs sont apparus fin 2002, début 2003, dans le contexte de ses difficultés liées à sa réinsertion professionnelle et des circonstances difficiles de sa séparation conjugale. »

Il s'éloigne encore plus dans sa description des diagnostics retenus par les médecins qui ont observé l'expertisé sur le moment-même.

De même, il estime que l'expertisé « ne paraît pas avoir présenté de réaction émotionnelle particulièrement importante des suites de son accident de circulation », et que « en tant que tel a été bien assimilé, contrairement à ses conséquences en termes de handicap

physique, puis la succession d'échecs matrimoniaux et de réinsertion. »

Il exclut le diagnostic d'état de stress post-traumatique (PTSD) en raison de la protection liée à la perte de connaissance encourue.

En effet, un PTSD n'a été mentionné par aucun médecin.

Ce qui n'exclut pas le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, car si celui-ci est souvent précédé par un PTSD, ce n'est pas pour autant toujours le cas.

L'ensemble des critères mentionnés par les médecins pour justifier ce diagnostic est suffisant - attitude de méfiance, retrait social, perte d'espoir, tension interne - (4 critères sur 5 ; 2 suffisant pour poser le diagnostic), de même que les circonstances d'apparition du trouble, la détresse encourue, et sa durée.

On pourrait même rajouter à la symptomatologie de ce trouble une observation soulignée justement par le Dr M. _____ dans la rédaction de son rapport : « sur le plan relationnel, il apparaît passif et dépendant de son entourage dont il exige constamment l'attention et l'aide. »

Car « une dépendance accrue envers les autres » fait partie des critères de ce trouble, alors que l'expert ne la rapporte qu'au fonctionnement de base de son caractère, ne mettant pas en avant la perturbation majeure qu'a représentée l'accident.

Enfin, le Dr M. _____ rapporte toutes les difficultés présentées par l'expertisé à ses attentes et ambitions excessives trop peu en rapport avec ses capacités personnelles. L'expert a effectivement bien noté que l'expertisé utilise des mécanismes de défense contre l'angoisse présentant des traits narcissiques, immatures, et des attitudes de dépendance face à l'entourage.

Néanmoins, l'expertisé ne remplit plus les critères de trouble de personnalité dépendante au sens de la classification CIM10, et ce diagnostic ne sera donc pas retenu.

En effet, il n'a pas autorisé ou encouragé autrui à prendre des décisions importantes pour la suite de sa vie, ni hésité à prendre ces décisions, ou craint de se retrouver seul à les prendre, au point de se laisser diriger par l'autre à ses dépens.

Cependant, on retrouve dans son fonctionnement au plan psychodynamique des mécanismes de défense psychiques qui recouvrent ce terme de dépendance, notamment dans son affectif familial et sentimental, et globalement sa recherche d'images rassurantes dans les contacts avec des figures d'autorité.

Quant aux plaintes physiques de l'expertisé, elles reposent sur des troubles somatiques dont l'origine est identifiable, l'accident de juin 2000.

L'expert somatique va en détailler l'évolution sur l'état de santé actuel, mais la sphère somatique et psychique sont liées.

On peut encore retenir le diagnostic de traits de personnalité de type narcissique et immature, qui ont péjoré l'évolution de la situation globale de l'expertisé.

Le fonctionnement psychodynamique de l'expertisé et ses répercussions sur son état de santé global seront discutés sous 10. Evaluation de l'atteinte à l'intégrité corporelle et de la capacité de travail de l'expertisé. »

Dans la partie intitulée « Evaluation de l'atteinte à l'intégrité corporelle et de la capacité de travail de l'expertisé », les experts ont expliqué que l'assuré souffrait d'une névrose post-traumatique, soit d'une sinistrose qui entraînait un état dépressif durable résistant aux traitements. Ils évaluaient l'atteinte comme étant à tout le moins « modérée à sévère ». Ils étaient d'avis que l'atteinte à l'intégrité résultant de l'accident du 29 juin 2000 était de 60 % pour l'atteinte physique et de 70 % pour l'atteinte psychique, soit un total de 130 %. La capacité de travail de l'assuré était qualifiée de nulle depuis l'accident du mois de juin 2000, au motif principal de ses problèmes psychiatriques dépressifs mais également en raison des lésions ostéoarticulaires et cervicofaciales subies par l'intéressée. Les experts estimaient également qu'il existait un rapport de causalité avec une vraisemblance prépondérante concernant le trouble psychique de processus d'invalidation (majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques ou sinistrose) et le trouble dépressif majeur récurrent de gravité moyenne qui y était associé. Pour les experts, on était en présence d'éléments irréfutables prouvant que l'atteinte à l'intégrité corporelle totale et l'incapacité de travail durable depuis juin 2000 résultaient exclusivement de l'accident en cause.

Le 30 avril 2014, l'assuré a complété sa demande de révision en produisant une expertise financière du 30 janvier 2014 réalisée par X._____, de la W._____.

Dans leur appréciation médicale du 10 juin 2014, les Dr G._____ et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil auprès de la CNA, ont écrit ce qui suit :

« Les séquelles somatiques décrites par le Pr L._____ sont connues et manifestement inchangées par rapport à la situation qui prévalait en 2005. Son estimation de l'atteinte à l'intégrité (60%) ne s'écarte pas fondamentalement de celle du soussigné (50%). L'absence de pondération (les différentes atteintes sont simplement additionnées), rend compte de la différence. Pour ce qui est de la capacité de travail, l'expert ne se prononce pas quant aux seules suites somatiques de l'accident, incluant les troubles psychique dans son appréciation.

C'est finalement ce volet psychiatrique qui est au cœur de cette demande de révision d'une décision passée en force.

Pour mémoire, dans son rapport d'expertise du 26.05.2014 [recte : 2005], le Dr M._____ avait conclu à un état dépressif majeur en rémission subtotale, survenu chez une personnalité immature à traits caractériels et fonctionnement passif-dépendant « subdécompensée ». Relevant que si ce trouble de la personnalité pouvait être assimilable, en grande partie, à une atteinte à la santé mentale, il avait clairement précisé qu'il était, de par sa nature, antérieur à l'accident, lequel ne déployait pratiquement plus d'effet au plan psychique.

Pour ce qui est de la capacité de travail, il avait estimé qu'elle était largement préservée dans une activité simple et dans un environnement peu compétitif, permettant au patient de conserver une certaine autonomie et où il ne serait pas trop soumis aux contraintes de la hiérarchie. Il avait quand même relevé que dans une telle activité, ne correspondant manifestement pas aux aspirations narcissiques de M. T._____, une nouvelle décompensation psychique était à craindre. Il avait conseillé d'abandonner tout projet de reclassement professionnel lege artis et de faire de l'aide au placement.

Pour sa part, la Dresse H._____, qui a examiné l'assuré en 2013, soit 8 ans plus tard, retient le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, d'épisodes dépressifs récurrents, moyens, sans syndrome somatique et de traits de personnalité de type narcissique et immature. Bien qu'elle admette la présence de signes pré-morbides chez l'assuré, l'accident lui paraît quand même avoir joué un rôle déterminant dans la survenue et le développement des troubles psychiques qu'elle observe encore actuellement.

C'est probablement sur ce point et non pas sur celui du diagnostic que les deux expertises psychiatriques divergent.

La question du statu quo sine, notamment en présence de troubles psychiques, est particulièrement délicate. En effet, qu'il y ait ou non un état antérieur pré-morbide, il est difficile de savoir, sans aucun doute possible, ce qu'aurait été l'évolution d'une personne dans sa globalité, en l'absence d'accident, grave de surcroît. On peut même se demander si cette question ne sort pas du champ médical.

Dans le cas de M. T._____, l'argumentation développée par la Dresse H._____, semble peut-être plus convaincante, plus proche du sens commun, que l'hypothèse échafaudée par le Dr M._____

de troubles qui ne devraient pratiquement plus rien à l'accident (< 20%).

On se gardera cependant de trancher définitivement, l'une et l'autre des hypothèses émises pouvant se défendre.

Pour en revenir aux diagnostics posés par les deux experts, ils semblent finalement assez proches puisque l'un et l'autre conviennent que M. T._____ présente un trouble dépressif ainsi qu'un trouble de la personnalité ou tout au moins des singularités de personnalité.

La Dresse H._____ retient un diagnostic supplémentaire de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il s'agit, en fait d'une appréciation différente de la même réalité médicale. Le Dr M._____ inclut, en effet, la majoration de symptômes dans le cadre du trouble de la personnalité décompensé.

Le diagnostic de trouble de la personnalité est particulièrement difficile et il est fréquent que des experts diffèrent sur le diagnostic précis d'un tel trouble ou sur le seuil diagnostique entre trouble et traits de caractère. Les différences de diagnostic doivent finalement être considérées, dans ce cas, comme mineures. Le trouble dépressif se caractérise par des fluctuations d'amplitude et de gravité. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'en fonction d'événements extérieurs, ce trouble soit estimé en rémission partielle en 2004 ou moyen en 2013, alors que l'assuré avait manifestement perdu tout espoir de réinsertion socioprofessionnelle.

Pour ce qui est de la capacité de travail, le Dr M._____ avait estimé qu'elle était largement préservée dans une activité adaptée. Il avait aussi décrit les exigences strictes auxquelles cette activité devait satisfaire pour être exigible et juger le pronostic de réinsertion professionnelle plutôt défavorable.

Le Pr L._____ et la Dresse H._____, quant à eux, jugent le patient totalement incapable de travailler mais sans jamais expliquer pourquoi. Ils ne font finalement que cautionner, sans esprit critique, la situation de fait que l'assuré leur a présentée au terme d'un processus d'invalidation, pourtant reconnu en tant que tel à de nombreuses reprises dans leur expertise commune.

En d'autres termes, pour ce qui est de la capacité de travail, il n'y a aucun motif sérieux qui justifie qu'on s'écarte des conclusions prises par le Dr M._____ en 2004.

En fin de compte, cette nouvelle expertise n'apporte pas de faits nouveaux. Il s'agit, tout au plus, d'un regard un peu différent porté sur la même situation. »

Par décision du 24 juin 2014, la CNA a rejeté la demande de révision de l'assuré. Se fondant sur les avis des Drs G._____ et Z._____, elle a considéré qu'elle n'était en aucune manière en présence de faits ou de moyens de preuve nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA

(loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), mais bien plutôt d'avis médicaux en partie divergents sur les mêmes faits, et que les conditions pour une révision n'étaient pas réalisées. De surcroît, la CNA estimait que le dossier médical ne révélait en l'état aucun moyen propre à justifier une révision de rente au sens de l'art. 17 LPGA.

Le 25 juillet 2014, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 24 juin 2014, concluant à l'admission de sa demande de révision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2008, subsidiairement au 4 octobre 2013, ainsi que d'une IPAI de 100 %. A l'appui de sa demande, il invoquait notamment que les Drs L._____ et H._____ évaluaient l'atteinte à l'intégrité résultant de l'accident à 130 % et qu'il présentait une incapacité de travail totale en lien avec l'accident compte tenu de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique. Selon lui, il s'agissait manifestement d'éléments de faits nouveaux et concluants infirmant les rapports des Drs B._____ et M._____, lesquels avaient été pris en considération dans la décision sur opposition rendue par la CNA le 31 janvier 2013. Ainsi, les bases de cette décision comportaient des défauts objectifs, justifiant déjà l'admission de la demande de révision pour ce motif. L'assuré ajoutait que lors de l'expertise de 2003, le Dr B._____ ignorait probablement la dépression dont il souffrait, le fait que son épouse l'avait quitté et qu'il avait dû partir du domicile familial, ce qui constituait d'après lui des éléments totalement nouveaux. Il mentionnait aussi que le Dr B._____ n'avait pas tenu compte de l'hypothèse, qui s'était réalisée, d'un échec de sa reconversion professionnelle et que cet élément aurait dû conduire la CNA à apprécier différemment les faits et les preuves pour évaluer sa capacité résiduelle éventuelle de travail. Ainsi, l'assuré considérait qu'il ne se contentait pas d'invoquer les conclusions différentes que tiraient les nouveaux experts mais qu'il prouvait également le caractère incomplet de l'expertise effectuée par le Dr B._____, qui n'avait notamment pas su détecter une pathologie importante dont il souffrait, et que cet élément aurait été susceptible, s'il avait été connu de la CNA à l'époque des faits, de modifier l'issue de la procédure. L'assuré soutenait en outre que l'expertise

réalisée par les Drs L._____ et H._____ bénéficiait de la valeur probante la plus élevée, au motif qu'il s'agissait d'une expertise judiciaire, et que celle du Dr M._____ était contestable, du fait qu'il était de notoriété publique que la CNA le mandatait régulièrement pour des expertises psychiatriques et qu'il dépendait économiquement de cette assurance. Il mentionnait aussi qu'aux termes de la nouvelle expertise, il était totalement inapte au travail et qu'il devait de ce point de vue obtenir une rente entière d'invalidité pour l'avenir.

Par décision sur opposition du 1^{er} septembre 2014, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que le rapport d'expertise versé au dossier par l'intéressé ne comprenait pas de faits ou de moyens de preuves nouveaux au sens de l'art. 53 LPGA mais qu'il s'agissait plutôt d'avis médicaux en partie divergents sur les mêmes faits. L'assurance-accidents ajoutait qu'on ne voyait pas en quoi les troubles psychiques et les problèmes domestiques de l'assuré étaient déterminants dans l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée au handicap somatique et de l'atteinte à l'intégrité physique. Elle était d'avis que l'assuré échouait à démontrer que les bases de la décision en cause comportaient des défauts objectifs. La CNA contestait en outre les critiques de partialité du Dr M._____, précisant notamment que selon la jurisprudence, un médecin chargé à plusieurs reprises par une assurance d'établir des expertises ne constituait pas à lui-seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert. Selon la CNA, il n'existait pas non plus de moyen pour revenir sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle considérait que les conditions d'une révision de rente à raison d'une modification des circonstances au sens de l'art. 17 LPGA n'étaient pas réalisées, les séquelles somatiques décrites par le Dr L._____ étant connues et manifestement inchangées depuis 2005. S'agissant de la capacité de travail, l'assurance-accidents mentionnait que les Drs L._____ et H._____ considéraient certes que l'assuré était totalement incapable de travailler, mais sans jamais expliquer pourquoi. Sur ce point, il n'existait donc aucun motif de s'écarter de l'appréciation du Dr M._____ réalisée en 2004.

D. Par acte du 3 octobre 2014, T._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 1^{er} septembre 2014, concluant à l'annulation de celle-ci, à l'admission de sa demande de révision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2008, subsidiairement au 4 octobre 2013, ainsi que d'une IPAI de 100 %. Plus subsidiairement, il concluait à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son écriture, le recourant réitère en substance les arguments développés à l'appui de son opposition du 25 juillet 2014. Il ajoute notamment que le Dr B._____ indique dans son expertise de 2003 que l'IPAI devait être révisée au bout de dix ans, compte tenu de la dégradation prévisible de son état de santé. Le recourant soutient aussi qu'il doit à tout le moins obtenir une rente entière d'invalidité pour l'avenir, avec effet dès le dépôt de la requête de révision en octobre 2013. Il estime en effet que les Drs L._____ et H._____ indiquent à plusieurs reprises que sa capacité de travail est nulle au motif principal qu'il présente des problèmes psychiatriques dépressifs mais également des lésions ostéoarticulaires et cervicofaciales. En ce sens, le recourant est d'avis qu'il existe une modification durable du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA. A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert en particulier l'audition des Drs L._____ et H._____.

Dans sa réponse du 13 mars 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours, réitérant en substance les éléments développés dans sa décision sur opposition du 1^{er} septembre 2014. Elle ajoute que le cas a été soumis une nouvelle fois au Dr Z._____. Dans son appréciation du 9 mars 2015, ce dernier a notamment écrit ceci :

« Nous avons écrit que l'argumentation de Mme le Dr H._____ semblait plus convaincante et plus proche du sens commun que l'hypothèse échaudée par le Dr M._____. En fait, il est plus plausible de considérer que l'accident du 29 juin 2000 a joué un rôle dans le développement et la persistance des troubles psychiques manifestes de l'assuré plutôt que de considérer que les troubles psychiques antérieurs auraient conduit à la même situation de fait actuel sans cet accident du 29 juin 2000. Nous admettons donc un lien de causalité naturelle, certes partielle, entre les troubles psychiques actuels et l'accident du 29 juin 2000.

Mais nous ne pouvons pas suivre les conclusions de Mme le Dr H. _____ en ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré. En effet, elle estime que l'assuré est totalement incapable de travailler mais elle ne justifie pas cette assertion par une description des limitations fonctionnelles. Elle estime que le processus d'invalidation reconnu justifie cette incapacité de travail. Or on ne peut pas admettre une telle conclusion. En effet, l'assuré estime ne plus pouvoir travailler mais cela ne signifie pas que d'un point de vue médical ou psychiatrique sa capacité de travail soit nulle.

Le rapport d'expertise du Dr M. _____ mentionnait que le risque de décompensation psychique existait et que l'évolution vers une sinistrose ne pouvait pas être écartée.

Or le rapport de Mme le Dr H. _____ ne fait pas état d'une telle décompensation ni d'une évolution particulièrement dramatique du point de vue psychiatrique. Nous ne constatons pas d'aggravation notable de l'état de santé psychique, ni somatique, de l'assuré en l'espace huit ans. Le processus d'invalidation, pressenti par le Dr M. _____ et confirmé par Mme le Dr H. _____, ne représente pas une aggravation des troubles psychiques en soi. Il s'agit d'une incapacité de l'assuré à mettre en œuvre une capacité de travail exigible et d'un effort de volonté possible. Il n'y a donc ni aggravation ni rechute.

En conséquence, j'estime que l'expertise des Drs L. _____ et H. _____ n'apporte aucun fait médical nouveau justifiant une révision des décisions du point de vue médical. Nous maintenons notre appréciation du 10 juin 2014 en ce sens que les troubles psychiques que présente l'assuré sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 29 juin 2000 mais que ces troubles psychiques ne justifient pas d'incapacité de travail totale mais une limitation de cette capacité telle que l'a décrite le Dr M. _____. »

Au vu de ces éléments, l'intimée estime que l'expertise des Drs L. _____ et H. _____ ne saurait constituer une preuve nouvelle propre à motiver une révision, dans la mesure où elle déduit simplement des conclusions différentes de faits connus au moment de la décision. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'intimée indique notamment que celle-ci a bel et bien été « révisée » par le Dr L. _____ mais qu'il n'en découle aucune modification utile de sa quotité. Pour ce qui est de la capacité résiduelle de travail, la CNA se fonde sur l'appréciation du Dr Z. _____ confirmant l'opinion du Dr M. _____ selon laquelle celle-ci est largement préservée dans une activité simple et dans un environnement peu compétitif, permettant à l'assuré de conserver une certaine autonomie et où il ne serait pas trop soumis aux conditions de la hiérarchie. Selon la CNA, les conditions d'une révision procédurale ne sont pas réalisées et il n'existe pas non plus de modification importante de

l'état de santé ni de modification des conséquences économiques des séquelles accidentelles, restées en soi stationnaires. Elle ajoute que quand bien même la décision sur opposition du 31 janvier 2013 ne portait pas expressément sur l'IPAI, il n'existe aucun moyen de revenir sur le taux de cette indemnité fixé par décision du 29 mai 2008. La CNA relève enfin que les Drs L._____ et H._____ attestent de la durabilité des troubles psychiques, ce qui est susceptible de conduire à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cet aspect n'ayant pas encore été tranché et sortant ainsi de l'objet du litige, la CNA indique qu'il devra faire l'objet d'un réexamen de sa part.

Dans sa réplique du 29 juin 2015, le recourant a confirmé ses conclusions. Se fondant sur le rapport du 9 mars 2015 du Dr Z._____, il considère que l'hypothèse échafaudée par le Dr M._____ apparaît clairement erronée, la décision sur opposition du 31 janvier 2013 reposant ainsi sur des éléments inexacts au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. T._____ ajoute que lors de son expertise, le Dr B._____ ignorait notamment la dépression dont il souffrait et requiert sur ce point l'audition des Drs L._____ et H._____, subsidiairement l'obtention de renseignements en mains des experts. S'agissant de la partialité de l'expert invoquée par le recourant, ce dernier requiert que la CNA et l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) soient interpellés afin qu'ils communiquent le nombre, respectivement le pourcentage, d'expertises confiées au Dr M._____ pendant les années 2004 à 2005, période au cours de laquelle ce médecin a rédigé le rapport d'expertise contesté en l'espèce. Pour ce qui est de l'IPAI, le recourant rappelle notamment que sa demande de révision porte sur toutes les décisions rendues par la CNA le concernant. Partant, il estime que la question du taux déterminant de cette indemnité fait partie de l'objet du litige et que la décision du 29 mai 2008 doit être réexaminée sur ce point. Il ajoute que dans la mesure où la CNA reconnaît désormais l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques du recourant et l'accident du 29 juin 2000, et qu'elle ne remet pas en cause l'atteinte à l'intégrité corporelle fixée à 50 %, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 % doit lui être accordée.

Dans sa duplique du 6 août 2015, l'intimée a confirmé ses conclusions. En substance, elle réitère les arguments développés dans ses précédentes écritures. S'agissant de l'opinion du Dr Z._____ selon laquelle les troubles psychiques actuels seraient en lien de causalité avec l'accident du 29 juin 2000, la CNA considère qu'il ne s'agit pas d'un élément nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, mais d'une simple appréciation différente d'une situation restée identique et qu'il n'existe ainsi aucun élément justifiant d'admettre la demande de révision. Cela d'autant plus que selon l'intimée, malgré l'admission d'un lien de causalité naturelle partielle entre l'accident et les troubles psychiques, le Dr Z._____ continue de nier, à l'instar du Dr M._____, une influence quelconque desdits troubles sur la capacité de travail du recourant et ne remet pas non plus en cause le refus de l'IPAI y relatif. Elle revient à ce propos sur les lignes de son mémoire de réponse et affirme qu'en l'absence de motifs de révision procédurale des faits médicaux déterminants, il n'existe aucun moyen de réviser le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dans sa globalité. Enfin, la CNA est d'avis que même à remettre en cause le bien-fondé de l'expertise du Dr M._____ quant à la causalité naturelle, cela ne rendrait pas pour autant la décision du 31 janvier 2013 manifestement erronée, précisant que l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées et que ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre.

Le 15 juillet 2016, le recourant a informé la Cour de céans du fait que l'OAI avait décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et qu'un expert avait été désigné. Selon lui, cet élément constituait une nouvelle preuve du fait que le rapport d'expertise du Dr M._____ ne devait plus être considéré comme pertinent et un élément supplémentaire pour annuler la décision querellée.

E. Par ailleurs, le recourant a déposé une demande d'assistance judiciaire pour la présente procédure. Par décision du 27 octobre 2014, la juge instructrice lui a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire, l'exonérant d'avances et de frais judiciaires et lui nommant un avocat

d'office en la personne de Me Philippe Reymond. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 20 juin 2016, chiffrant à environ quinze heures le travail effectué dans la présente affaire, les débours se montant à 100 fr.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur le rejet, faute d'éléments nouveaux, de la demande de révision de toutes les décisions rendues par la CNA concernant le recourant, déposée par ce dernier le 4 octobre 2013.

3. a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215).

b) Tout d'abord, aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Les jugements sont quant à eux soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement (art. 61 let. i LPGA). La notion de fait ou moyen de preuve nouveau s'apprécie de la même manière en cas de révision procédurale d'une décision administrative au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, de révision d'un jugement cantonal (cf. art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF ([loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral] ; RS 173.110 ; cf. TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1, SVR 2010 IV n°55 p. 169).

Sont « nouveaux » les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. La nouveauté se rapporte aussi à la découverte du fait, et non au fait lui-même. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement

différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 353 consid. 5b et réf. cit. ; TF I 8/05 du 31 janvier 2006 consid. 5 et réf. cit.).

Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, la révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) – applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA –, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (cf. également art. 101 LPA-VD ; cf. RAMA 1994 n° U 191 p. 145 et Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 38 ad art. 53 LPGA p. 707).

c) La révision ne permet pas de supprimer une erreur de droit, de bénéficier d'une nouvelle interprétation, d'une nouvelle pratique ou d'obtenir une nouvelle appréciation de faits connus lors de la décision dont la révision est demandée. Elle ne permet pas non plus de rediscuter l'argumentation juridique contenue dans l'arrêt dont la révision est demandée. Une appréciation juridique erronée de l'autorité qui a pris la décision n'ouvre donc pas la voie de la révision (cf. CDAP RE.2011.0007 du 29 juillet 2011 consid. 2 ; cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annoncée, Bâle 2012, n°4 ad art. 100 LPA-VD p. 454).

d) De surcroît, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, en l'espèce la décision sur opposition du 31 janvier 2013, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 et réf. cit.; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et réf. cit. et Frésard/Moser-Szeless in : Meyer, Soziale Sicherheit, Bâle 2016, n° 294 p. 994).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Rüedi, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

Selon l'art. 22 LAA, en dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente ne peut plus être révisée à compter du mois au cours duquel l'ayant droit perçoit une rente de vieillesse de l'AVS, mais au plus tard lorsqu'il atteint l'âge de la retraite fixé à l'art. 21 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10).

e) En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit ou des faits, il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Toutefois, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions de l'art. 53 al. 2 LPGA et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et réf. cit. ; 119 V 475

consid. 1 b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; TF 9C_517/2011 du 12 septembre 2011 ; cf. également Ueli Kieser, op. cit., ad art. 53 LPGA n°44 p. 681).

4. a) Le recourant fonde sa demande de révision essentiellement sur le rapport d'expertise des Drs L._____ et H._____ qui contiendrait des faits nouveaux infirmant les conclusions des Drs B._____ et M._____. Il convient dès lors d'examiner si le fait invoqué par l'intéressé peut être qualifié de « nouveau » au sens de la loi, le rapport d'expertise produit étant postérieur à la décision entrée en force.

Se pose la question de la prise en compte de ce rapport d'expertise dans le cadre d'une procédure de révision. En effet, il est constant que la notion de moyen de preuve nouveau s'apprécie de la même manière en cas de révision d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA, d'un jugement cantonal en vertu de l'art. 61 let. i LPGA ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF. Or selon cette dernière disposition, des moyens de preuve postérieurs à l'arrêt contesté ne peuvent donner lieu à révision. Ainsi lit-on dans la doctrine que, en matière de révision, ne sont admissibles que les moyens de preuve qui existaient déjà à la date de l'arrêt rendu sur recours mais qui n'étaient, à cette époque, pas connus du requérant (cf. Vock, Commentaire de la LTF, n° 3 ad art. 123 LTF p. 639), respectivement qui existaient au moment où ils auraient pu être invoqués mais qui, sans faute, ne l'ont pas été (cf. Pierre Ferrari in : Bernard Corboz/Alain Wurzbürger/Pierre Ferrari/Jean-Maurice Frésard/Florence Aubry Girardin, Commentaire de la LTF, 2^e éd., Berne 2014., n° 20 ad art. 123 LTF p. 1422). Aux termes d'un arrêt de principe rendu le 5 juin 2013, le Tribunal administratif fédéral a jugé, quant à lui, que dans le cadre d'une demande de révision, il n'avait pas à considérer ni à examiner les moyens de preuve postérieurs à la clôture de la procédure ordinaire, même substantiels, mais qui portaient sur des faits antérieurs (cf. ATAF 2013/22 spéc. consid. 11.3 et 13.1). Cela étant, si la loi exclut comme motif de révision un moyen de preuve postérieur à l'arrêt, ce qui est le cas d'une expertise reposant sur des connaissances scientifiques nouvelles, pareille constellation doit toutefois être distinguée de celle - jugée admissible - où cette nouvelle expertise se fonderait sur

un fait pertinent découvert postérieurement ou dont la preuve aurait été rapportée ultérieurement (cf. Ferrari, op. cit., n° 22 ad art. 123 LTF p. 1422 avec la référence à l'ATF 108 V 171 consid. 1 ; cf. TF 5A_313/2013 du 11 octobre 2013 consid. 4.2).

Selon le recourant, les bases de la décision sur opposition du 31 janvier 2013 comporteraient des défauts objectifs, justifiant sa révision. Il mentionne en particulier que les experts L._____ et H._____ évaluent l'IPAI à 130 % et que selon ces médecins, il présente une incapacité de travail totale compte tenu de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique, en lien avec l'accident. Le recourant ajoute que lors de l'expertise effectuée en 2003, le Dr B._____ ignorait probablement sa dépression ainsi que le fait que son épouse l'avait quitté et qu'il avait dû partir du domicile familial. Il reproche aussi au Dr B._____ de ne pas avoir tenu compte de l'hypothèse, qui s'est réalisée, selon laquelle il ne serait pas en mesure de terminer sa reconversion professionnelle.

b) Sur le plan somatique, comme le rappellent les Drs G._____ et Z._____, les séquelles sont connues et manifestement inchangées par rapport à la situation qui prévalait en 2005 (cf. rapport de ces médecins du 10 juin 2014), de sorte qu'en l'absence de faits ou de moyens de preuve nouveaux, les conditions d'une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ne sont, sur ce point, pas réalisées.

c) C'est en réalité sur le plan psychique que se cristallisent les divergences et qu'est fondée la demande de révision de la décision du 31 janvier 2013 passée en force. On rappellera que, dans son rapport d'expertise du 26 mai 2005, le Dr M._____ avait posé les diagnostics d'état dépressif majeur en rémission subtotale, de personnalité immature à traits caractériels et de fonctionnement passif-dépendant « subdécompensé ». Cet expert expliquait que le recourant n'avait pas développé d'état de stress post-traumatique ni d'état dépressif majeur ou de modification durable de la personnalité après une situation de catastrophe en relation avec cet événement. Il notait toutefois un état antérieur sous forme d'un trouble de la personnalité qui s'était

décompensé après l'événement accidentel, mais pas exclusivement à cause de l'événement lui-même, mais également en raison des nombreuses pertes objectives subies depuis lors, comme la baisse des performances physiques, l'échec matrimonial et de son reclassement professionnel sous l'égide de l'AI (cf. rapport d'expertise du Dr M. _____ pp. 22 ss et rapport du 10 juin 2014 des Drs G. _____ et Z. _____). S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'expert considérait que ce dernier possédait une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement mineure dans une activité adaptée à son invalidité physique et à la singularité de sa personnalité. Il s'agissait selon le Dr M. _____ d'une activité comportant des tâches simples et répétitives, ne demandant pas de prise d'initiative ni d'analyse de problème complexe, exercée dans un environnement peu compétitif et lui permettant de conserver une certaine autonomie. L'expert relevait toutefois que, dans une telle activité qui ne correspondait pas aux aspirations narcissiques du recourant, une nouvelle décompensation psychique était à craindre (cf. rapport d'expertise du Dr M. _____ p. 25).

Les Drs L. _____ et H. _____ ont quant à eux posé les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ou processus d'invalidation, ou encore névrose de compensation ou sinistrose), d'épisode dépressif récurrent, moyen, sans syndrome somatique, et de traits de la personnalité de type narcissique et immature, retenu comme traits d'autres troubles spécifiés de la personnalité. Bien qu'ils relèvent la présence de signes prémorbides chez l'expertisé ainsi que des signes de souffrance sociale dans son fonctionnement, ils considèrent toutefois qu'il existe un rapport de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante entre le processus d'invalidation ainsi que le trouble dépressif majeur et l'accident (cf. rapport d'expertise de ces médecins point 10). Selon les experts, le recourant présente une incapacité de travail totale en raison du préjudice ostéoarticulaire, maxillo-facial et des troubles psychiques.

aa) En premier lieu, on relèvera, à l'instar des Drs G. _____ et Z. _____, que les diagnostics posés en 2005 et 2013 sont somme

toute assez proches, puisque dans les deux cas les experts conviennent que l'assuré présente un trouble dépressif et un trouble de la personnalité, ou tout au moins des singularités de la personnalité. Les Drs L._____ et H._____ retiennent au surplus un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il ne s'agit cependant pas de faits ou de moyens de preuves nouveaux, mais uniquement d'une appréciation médicale quelque peu différente, puisque le Dr M._____ inclut la majoration des symptômes dans le cadre du trouble de la personnalité décompensée.

bb) Bien qu'elle admette la présence de signes pré-morbides chez l'assuré, l'accident paraît à la Dresse H._____ avoir joué un rôle déterminant dans la survenue et le développement des troubles psychiques qu'elle observe encore actuellement. C'est probablement sur ce point et non pas sur celui des diagnostics que les deux expertises divergent en réalité. A cet égard, le Dr Z._____ relève que la question du statu quo sine, notamment en présence de troubles psychiques, est particulièrement délicate. En effet, qu'il y ait ou non un état antérieur pré-morbide, il est difficile de savoir, sans aucun doute possible, ce qu'aurait été l'évolution d'une personne dans sa globalité en l'absence d'un accident. Il considère que l'argumentation développée par la Dresse H._____ peut sembler plus convaincante et plus proche du sens commun que l'hypothèse échafaudée par le Dr M._____. Il se garde toutefois de trancher définitivement la question puisque les deux hypothèses peuvent se défendre.

Pour ce qui est de la capacité de travail, le Dr M._____ a estimé qu'elle était largement préservée dans une activité adaptée. Il a aussi décrit les exigences strictes auxquelles cette activité devait satisfaire pour être exigible. Les Drs L._____ et H._____ quant à eux estiment que celle-ci est nulle en raison principalement des troubles psychiques du recourant (cf. rapport d'expertise de ces médecins points 10 et 11). En réalité, ces praticiens se contentent d'affirmer que le processus d'invalidation justifie cette incapacité de travail. Comme le relèvent à juste titre les Drs G._____ et Z._____, les Drs L._____ et

H._____ cautionnent sans réserve la situation de fait que le recourant leur a présentée au terme d'un processus d'invalidation, pourtant expressément reconnu comme tel dans leur expertise.

Le Dr Z._____ relève encore que le Dr M._____ mentionnait que le risque de décompensation psychique existait et que l'évolution vers une sinistrose ne pouvait pas être écartée. Or, le rapport de la Dresse H._____ ne fait pas mention d'une décompensation, ni d'une évolution particulièrement dramatique du point de vue psychiatrique. Ainsi, il n'a pas été constaté d'aggravation notable de l'état de santé psychique ni somatique de l'assuré en l'espace de huit ans. Le Dr Z._____ admet certes que les troubles psychiques que présente l'assuré sont probablement partiellement en lien de causalité naturelle avec l'accident du 29 juin 2000, mais il constate également que ces troubles psychiques ne justifient pas d'incapacité de travail totale, mais une limitation de cette capacité de travail telle que l'a décrite le Dr M._____. Quoiqu'il en soit, ces médecins ne font en réalité qu'apprécier les faits de manière différente et n'apportent aucun élément nouveau à l'appui de leur position, se contentant de substituer leur propre appréciation à celle du Dr M._____ sur la question de la causalité.

Au vu de ces éléments, l'expertise des Drs L._____ et H._____ ne saurait constituer une preuve nouvelle propre à motiver une révision de la décision sur opposition du 31 janvier 2013, dans la mesure où elle déduit simplement des conclusions différentes de faits connus au moment de la décision entrée en force. Les conditions d'une révision procédurale ne sont pas réalisées et il n'existe pas non plus de modification importante de l'état de santé ni de modification des conséquences économiques des séquelles accidentelles, restées en soi stationnaires. Au surplus, remettre en cause le bien-fondé de l'expertise du Dr M._____ quant à la causalité naturelle, ne rendrait pas la décision du 31 janvier 2013 manifestement erronée avec la précision que l'administration n'est de toute façon pas tenue de reconsidérer une décision.

cc) S'agissant de l'IPAI, on rappellera que dans la décision du 1^{er} avril 2008, celle-ci a été évaluée à un taux de 50 %, sur la base notamment de l'évaluation du Dr G._____ du 7 juillet 2005. Ce taux n'a pas été contesté par l'assuré et ne fait pas l'objet de la décision sur opposition rendue par la CNA le 31 janvier 2013. Dans leur rapport d'expertise, les Drs L._____ et H._____ considèrent que l'atteinte à l'intégrité résultant de l'atteinte physique se monte à 60 % et qu'elle est de 70 % en ce qui concerne l'atteinte psychique, soit un total de 130 %. Pour ce qui est de l'atteinte physique, l'appréciation des experts de 2013 diffère sensiblement de l'appréciation du Dr G._____ sur laquelle s'est fondée la CNA pour rendre sa décision du 1^{er} avril 2008. Les Drs L._____ et H._____ ne font cependant valoir aucun nouveau fait à l'appui de leur évaluation, de telle sorte qu'il s'agit là aussi d'une appréciation différente concernant un complexe de faits identique. Il en va de même sur le plan psychique (cf. ci-dessus consid. 4c/bb), si bien que les conditions de la révision ne sont pas non plus réalisées. Il n'apparaît pas non plus que la décision du 1^{er} avril 2008 fixant le taux de l'IPAI fût erronée, étant précisé que même si c'était le cas, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions de l'art. 53 al. 2 LPGA et que ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et réf. cit. ; 119 V 475 consid. 1b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; TF 9C_517/2011 du 12 septembre 2011 ; cf. également Ueli Kieser, op. cit., ad art. 53 LPGA n° 44 p. 681). Les griefs du recourant sur ce point sont par conséquent mal fondés.

dd) Le recourant considère en outre que le Dr B._____, expert orthopédique en 2003, ignorait probablement que son épouse l'avait quitté, qu'il avait fait une dépression et qu'il avait dû partir du domicile familial. Or ces éléments ressortent expressément du rapport d'expertise du 26 mai 2005 du Dr M._____, de sorte qu'ils étaient connus au moment de la décision sur opposition du 31 janvier 2013. Au demeurant, d'un point de vue de l'assurance-accidents, on ne voit pas en quoi ceux-ci seraient déterminants dans l'appréciation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Ce grief est dès lors mal fondé.

ee) Le recourant reproche aussi au Dr B. _____ de ne pas avoir tenu compte de l'hypothèse, qui s'est réalisée, selon laquelle il ne serait pas en mesure de terminer sa reconversion professionnelle. Il y a cependant lieu de relever que dans son rapport d'expertise, le Dr M. _____ expliquait que, dans la perspective d'un projet de reconversion professionnelle, un risque de décompensation psychique et d'évolution vers une sinistrose n'était pas exclu, du fait de la difficulté de savoir si l'assuré était prêt à reprendre une activité professionnelle ne correspondant pas à ses aspirations narcissiques. Ce risque devait cependant être pris selon l'expert. Ainsi, contrairement à ce qu'invoque le recourant, la possibilité d'un échec de sa reconversion professionnelle avait bel et bien été prise en considération au moment de la décision sur opposition du 31 janvier 2013. Il ne s'agit donc pas non plus d'un élément nouveau ouvrant le droit à la révision.

d) Le recourant soutient enfin que l'expertise réalisée par les Drs L. _____ et H. _____ bénéficie de la valeur probante la plus élevée, au motif qu'il s'agit d'une expertise judiciaire, et que celle du Dr M. _____ est contestable, du fait qu'il est de notoriété publique que la CNA le mandatait régulièrement pour des expertises psychiatriques et qu'il dépendait économiquement de cette assurance. Les conclusions de l'expertise des Drs L. _____ et H. _____ doivent par conséquent être préférées.

Par son argumentation, le recourant méconnaît clairement la notion de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. En effet, il affirme que les conclusions de l'expertise des Drs L. _____ et H. _____ doivent être suivies et conduire à la révision de la décision sur opposition du 31 janvier 2013, non pas au motif qu'elles comportent un élément nouveau, mais parce qu'elles ont une plus grande valeur probante du fait que l'expertise a été mise en œuvre par une autorité judiciaire. Ainsi, l'expertise des Drs L. _____ et H. _____ ne se fonde sur aucun fait pertinent qui aurait été découvert postérieurement ou dont la preuve aurait été rapportée ultérieurement. Il s'agit donc bien d'une appréciation différente d'un

même état de fait. Au surplus, l'intéressé n'allègue ni ne démontre qu'il aurait, sans manque de diligence de sa part, été dans l'incapacité d'invoquer des motifs de récusation à l'encontre de l'expert M._____ au cours de la procédure administrative ayant précédé la décision entrée en force.

e) Enfin et pour autant que de besoin, on précisera que le rapport d'expertise financière du 30 janvier 2014 produit par le recourant pour compléter sa demande de révision est irrelevante dans le cadre de la présente procédure. En effet, ce document, destiné au calcul du dommage selon le droit de la responsabilité civile uniquement, se fonde, pour ce qui est du revenu exigible, sur les données de l'expertise des Drs L._____ et H._____, laquelle ne contient pas, comme on l'a vu, de faits ni de moyens de preuves nouveaux.

Il en va de même s'agissant du fait que l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Contrairement à ce que semble soutenir le recourant, cela ne prouve nullement que la décision sur opposition du 31 janvier 2013, au moment où elle a été prise, était erronée ou que des faits importants avaient à l'époque été ignorés.

f) Au vu des éléments qui précèdent, force est d'admettre que les conditions d'une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ne sont pas réalisées en l'espèce. En effet, l'expertise des Drs L._____ et H._____ ne contient pas d'éléments de faits nouveaux dont il résulterait que les bases des décisions rendues par la CNA comportaient des défauts objectifs. En réalité, ces experts se contentent d'expliquer en quoi le raisonnement du Dr M._____ serait selon eux critiquable, mais en se fondant sur des faits déjà connus à l'époque. En d'autres termes, ils substituent leur propre appréciation à celle du Dr M._____, sans établir d'éléments de faits nouveaux, ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une révision procédurale.

5. Il ne ressort pas non plus de l'expertise des Drs L._____ et H._____ que la situation du recourant ait subi une modification notable.

Sur le plan somatique, comme mentionné ci-dessus, les séquelles de l'accident sont manifestement inchangées par rapport à la situation qui prévalait lors de la décision sur opposition du 31 janvier 2013, soit la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit. Il n'y a pas non plus de changement important des conséquences de l'état de santé sur la capacité de gain de l'assuré. Au niveau psychique, il n'existe pas de modification notable de l'état de santé du recourant. (cf. rapport des Drs G. _____ et Z. _____ des 10 juin 2014 et appréciation du Dr Z. _____ du 9 mars 2015). En particulier, malgré le risque de décompensation psychique évoqué en son temps par le Dr M. _____, la Dresse H. _____ ne constate pas une telle décompensation ni une évolution particulièrement dramatique du point de vue psychiatrique (cf. rapport du Dr Z. _____ du 9 mars 2015). Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a considéré qu'une révision de rente au sens de l'art. 17 LPGA ne se justifiait pas.

6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, à savoir l'audition des Drs L. _____ et H. _____, ainsi que la production du nombre, respectivement du pourcentage, d'expertises confiées au Dr M. _____ pendant les années 2004 et 2005. En effet, comme développé ci-dessus, aucun fait nouveau ni moyen de preuve nouveau qui justifierait une révision procédurale ne ressort du dossier de la cause. Il n'existe pas non plus de changement important des circonstances au sens de l'art. 17 LPGA. Ainsi, les mesures d'instruction requises ne sont pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

7. a) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

b) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, Me Reymond a fixé à 15 heures le temps consacré à ce dossier. C'est ainsi un montant de 2'700 fr. (15 heures x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8 %, d'un montant de 216 fr., soit 2'916 fr. au total. L'avocat d'office a également droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 100 fr., TVA à 8 % en sus, soit 8 fr., qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3'024 fr. (2'916 fr. + 108 fr.).

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 1^{er} septembre 2014 est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Philippe Reymond est arrêtée à 3'024 fr. (trois mille vingt-quatre francs), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Reymond (pour Didier Brügger), à Lausanne,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :