

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 octobre 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Röthenbacher, et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 10 LAA et 17 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, travaillait en qualité de menuisier pour l'entreprise F. _____. Le 7 octobre 2013, dans le cadre de son activité professionnelle, une fenêtre est tombée sur son bras droit. Les examens radiologiques pratiqués le jour même ont mis en évidence une enthésophyte du triceps sur l'olécrâne et une absence de fusion du noyau épiphysaire de l'épitrôchlée. Il n'y avait pas de lésion traumatique récente visible. Les médecins traitants ont attesté une incapacité de travail totale dès le 7 octobre 2013. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Dans un rapport du 7 février 2014, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de contusion du coude droit et de Südeck réactionnel.

Le 21 mars 2014, l'assuré a été examiné par le Dr L. _____, spécialiste en neurologie, qui n'a constaté aucune atteinte neurologique.

Dans un rapport du 26 mars 2014, le Dr W. _____ a indiqué qu'en date du 19 février 2014, tous les signes de Südeck avaient pratiquement disparu.

L'assuré a effectué un premier séjour à la clinique M. _____ du 18 juin au 22 juillet 2014. Dans un rapport du 29 juillet 2014, les Drs J. _____ et H. _____, respectivement spécialiste en rhumatologie et médecin-assistant au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la clinique M. _____, ont posé les diagnostics de probable syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit et d'absence de fusion du noyau d'ossification de l'épicondyle médial droit. En ce qui concerne le premier de ces diagnostics, ils ont exposé que les critères de Budapest étaient remplis, même si les signes cliniques étaient actuellement discrets. De leur point de vue, les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquaient pas principalement par les

lésions objectives constatées pendant le séjour ; des facteurs contextuels jouaient un rôle important.

Dans un rapport du 26 septembre 2014, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et en chirurgie de la main, a relevé que le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe de type I avait été évoqué. Il ne partageait pas le point de vue des médecins de la clinique M._____, à cet égard, mais cela ne changeait rien d'essentiel. L'évolution post-traumatique était anormale et le Dr T._____ avait la conviction que d'une manière ou d'une autre, des facteurs psychologiques jouaient un rôle dominant.

L'assuré a effectué un second séjour à la clinique M._____ du 11 février au 6 mars 2015, au cours duquel aucun nouveau diagnostic n'a été posé. Dans un rapport du 26 mars 2015, les Drs X._____ et B._____, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-assistant au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la clinique M._____, ont précisé que l'assuré avait été vu par leur psychiatre-consultant, qui ne retenait pas de diagnostic psychiatrique au sens strict chez un patient focalisé sur les douleurs et évitant tout mouvement pouvant les aggraver. Les médecins de la clinique M._____ ont expliqué que même si le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit avait été retenu, les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Ils ont à nouveau évoqué l'existence de facteurs contextuels et d'incohérences. Selon les Drs X._____ et B._____, les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : activités nécessitant le port répété de charges supérieures à 5 kg et les mouvements répétés du coude ou du poignet droits. La situation était stabilisée du point de vue médical. Ils ont ajouté que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles sus-évoquées était défavorable, en lien avec les facteurs contextuels défavorables chez un patient non qualifié, au réseau social limité, qui restait focalisé sur les douleurs et ses limitations.

Dans un rapport du 16 octobre 2015, le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a décrit une évolution défavorable avec la persistance de douleurs et, plus récemment, l'apparition d'un tremblement du membre supérieur droit. Ce médecin a conclu à la présence d'un trouble dissociatif, dont la prise en charge serait certainement difficile. Il a proposé des investigations électrophysiologiques auprès du Dr V._____, spécialiste en neurologie, puis une approche multidisciplinaire par la Dresse JN._____, spécialiste en neurologie, qui s'occupait de la prise en charge des patients avec des troubles neurologiques fonctionnels.

Dans un rapport du 11 décembre 2015, le Dr V._____ et la Dresse Z._____, médecins au Service de neurologie du P._____, ont indiqué que l'assuré présentait des douleurs diffuses du membre supérieur droit, survenues dans un contexte post accidentel en péjoration progressive, sans déficit sensitivo-moteur à l'examen clinique ou au bilan électrophysiologique. En parallèle, l'intéressé présentait un tremblement de repos et postural de survenue tardive (deux ans après l'accident) d'origine encore indéterminée, une origine fonctionnelle étant cependant fortement suspectée.

La CNA a mandaté G._____ pour réaliser une expertise pluridisciplinaire. Dans leur rapport d'expertise du 15 septembre 2016, les Drs R._____, spécialiste en rhumatologie, S._____, spécialiste en neurologie, K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et LM._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont admis les diagnostics de contusion des tissus mous et d'algodystrophie (syndrome douloureux régional complexe de type I), mais ont constaté que ces atteintes étaient guéries en octobre 2015 et qu'elles n'étaient plus à l'origine des symptômes dont l'assuré se plaignait encore. Un diagnostic de trouble dissociatif (de conversion) était évoqué, de manière éventuelle seulement. A titre différentiel, un diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, voire de simulation consciente, était mentionné, les éléments à disposition

ne permettant pas de trancher clairement entre un trouble totalement inconscient et une éventuelle part d'exagération des symptômes, voire de simulation consciente. Il n'y avait toutefois pas suffisamment d'arguments pour diagnostiquer une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques ou une production intentionnelle de symptômes, raison pour laquelle le diagnostic de trouble dissociatif avait été privilégié, bien que le tableau soit atypique. Il n'y avait pas de relation de causalité entre le trouble psychique et l'accident. En définitive, l'état de santé de l'intéressé était stabilisé en ce qui concernait les lésions physiques d'origine accidentelle, lesquelles ne requerraient ainsi plus de traitement médical, ni n'entraînaient d'incapacité de travail.

Dans une décision du 12 octobre 2016, la CNA a mis un terme à ses prestations d'assurance au 19 octobre 2016, en reconnaissant à l'assuré une pleine capacité de travail dans son ancienne activité professionnelle à compter du 20 octobre 2016.

Le 14 novembre 2016, l'assuré, représenté par Me Laurent Fischer, s'est opposé à cette décision. En substance, il a contesté les conclusions des experts de G._____, arguant que ses troubles actuels étaient liés à son accident et entraînaient une incapacité de travail totale dans son ancienne activité. Il a produit le 29 novembre 2016 des rapports du Dr A._____, médecin à DR._____ au Portugal, faisant état d'une lésion du plexus brachial droit/nerfs périphériques, avec un processus de perte de contrôle dystonique et perte de contrôle cortical, et d'un syndrome douloureux régional complexe de type II avec complication dystonique du membre supérieur droit. Il proposait une intervention chirurgicale.

L'assuré a consulté le Dr E._____, chef de clinique adjoint au Centre de chirurgie plastique et de la main du P._____, pour un second avis à la suite de la proposition d'intervention du Dr A._____. Dans un rapport du 28 février 2017, le Dr E._____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe de type II, compliqué d'une dystonie du membre supérieur droit. En ce qui concerne la dystonie, il a

proposé une consultation auprès du Dr V._____. Il a par ailleurs observé qu'à sa connaissance, aucune chirurgie ne pouvait être proposée dans le cadre des symptômes constatés et a laissé le soin au patient de rediscuter avec le Dr A._____ des tenants et aboutissants d'une chirurgie du plexus brachial droit, en précisant qu'il ne saurait l'encourager dans cette initiative en l'état de ses connaissances.

Dans un rapport du 24 août 2017, le Dr V._____ et la Dre I._____, spécialiste en neurologie et associée au Service de neurologie P._____, ont posé comme diagnostic principal un « tremblement du membre supérieur droit, associé à un syndrome douloureux et une attitude figée en flexion du coude, d'allure fonctionnelle ». Ils ne retenaient pas d'indication médicale pour les neurolyses proposées par le Dr A._____, « d'autant plus que notre examen neurologique et électrophysiologique n'indique pas de neuropathie sous-jacente. ». Une rééducation par physiothérapie et ergothérapie pourrait être utile selon eux, mais n'était pas souhaitée par l'assuré.

Les Drs O._____, neurologue, et U._____, spécialiste en chirurgie, tous deux membres de l'équipe de médecine des assurances de la CNA, ont pris position sur le dossier le 17 octobre 2017 et ont estimé probantes les constatations effectuées par les médecins de G._____.

Par décision sur opposition du 18 octobre 2017, la CNA a maintenu son refus de prester pour la période postérieure au 19 octobre 2016.

b) L'assuré, représenté désormais par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision, le 17 novembre 2017, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Pendant la procédure de recours, il a exposé avoir été opéré par le Dr A._____, les 26 janvier et 5 mars 2018, et a produit des rapports établis par ce médecin. Dans un rapport du 26 janvier 2018, celui-ci expose avoir pratiqué une exploration microchirurgicale, avec une neurolyse du plexus brachial, une synovectomie des tendons fléchisseurs, une neurolyse du nerf médian au

niveau du canal carpien, du nerf cubital au niveau du canal de Guyon, une neurotomie sélective du poignet, des branches du nerf cubital, des interosseux antérieur et postérieur, une ouverture de De Quervain, une neurolyse et neurotomie sélective du nerf radial superficiel pour le poignet, un traitement du syndrome de Wartenberg, une neurolyse antébrachiale et musculo-cutanée sensitive au niveau du coude, une exploration du nerf au niveau de l'arcade de Frohse, une neurolyse du nerf médian au niveau du muscle rond pronateur et des fléchisseurs superficiels, une neurolyse de la branche interosseuse, des branches motrices de l'interosseux antérieur et pronateur rond superficiels, une transposition antérieure du nerf cubital au niveau du coude, un examen du nerf radial du bras et une neurotomie ultra-sélective des branches sensibles latérales. Dans un rapport du 22 mars 2018, il indique avoir en outre pratiqué, le 5 mars 2018, une sympathectomie thoracique à droite. Le 19 juin 2018, l'assuré a informé le tribunal du fait que les opérations pratiquées par le Dr A. _____ au Portugal avaient entraîné une nette amélioration de son état de santé, au point qu'il envisageait de reprendre une activité lucrative en octobre ou novembre 2018.

Par arrêt du 8 novembre 2018 (CASSO, AA 151/17 - 144/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision sur opposition du 18 octobre 2017 et renvoyé la cause à la CNA pour qu'elle complète l'instruction et statue à nouveau. La Cour a notamment considéré que l'expertise de G. _____ ne revêtait pas de valeur probante, compte tenu des procédés qui avaient mené à la suspension de son autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois, du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2018 (voir également TF 9F_5/2018 du 16 août 2018). Elle a également observé que les Drs O. _____ et U. _____ restaient très ambigus sur le point de savoir s'ils contestaient le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe ou s'ils l'admettaient, mais considéraient cette atteinte comme guérie. Une nouvelle expertise pluridisciplinaire était donc nécessaire.

c) aa) A la suite de cet arrêt, la CNA a mis en œuvre une expertise auprès des Drs Y. _____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, BL._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et CT._____, spécialiste en neurologie et médecin chef du Service de neurologie de l'hôpital RA._____. Les experts se sont concertés, mais ont établi des rapports séparés, tous datés du 13 mars 2020, en mentionnant qu'il y avait un désaccord entre le Dr BL._____, d'une part, qui contestait le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe, et le Dr CT._____, d'autre part, qui l'admettait. Les experts se sont toutefois montrés unanimes sur le fait que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} février 2019 et que l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé à cette date.

bb) Le Dr Y._____ a exposé n'avoir constaté, au moment de l'expertise, aucun trouble psychiatrique. L'assuré ne se plaignait plus de douleurs et avait repris son activité professionnelle antérieure. Cet expert excluait notamment les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant ou celui de somatisation ; il écartait également, au moment de l'expertise, les diagnostics de trouble dissociatif ou de conversion, en précisant toutefois ne pas pouvoir exclure que l'assuré ait présenté un trouble de conversion dans les suites de son accident, dont il serait désormais guéri. Sous « appréciation », il a exposé ce qui suit :

« M. C._____ a été victime d'un accident vraisemblablement de peu de gravité avec écrasement du bras droit par une fenêtre. Il est vraisemblablement difficile d'expliquer médicalement les raisons pour lesquelles les interventions chirurgicales du Dr A._____ ont permis un amendement de toute la symptomatologie algique et un recouvrement de la capacité de travail. Cela d'autant plus que les psychiatres qui ont examiné précédemment M. C._____ n'ont posé aucun diagnostic, même si l'on peut suspecter rétrospectivement un trouble dissociatif. Il est toujours possible de proposer des interprétations psychologiques a posteriori. Mais de telles interprétations ne sont qu'hypothétiques. »

cc) Le Dr BL._____ a pour sa part posé les diagnostics de status après contusion et probable écrasement de l'avant-bras et du coude droit le 7 octobre 2013, de dystonie fonctionnelle secondaire du membre supérieur droit, sans substrat objectif, avec douleurs chroniques de 2015 à 2017, actuellement récupérées totalement, de status après neurolyse du plexus brachial et des trois troncs nerveux principaux du

membre supérieur droit le 26 janvier 2018, et de status après sympathectomie thoracique supérieure le 5 mars 2018. Il observe qu'à l'époque où le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe avait été posé pour la première fois, il y avait certes des signes d'une telle atteinte (hypersudation marquée, avec un léger gradient thermique, vasoplégie et coloration légèrement livide), mais la mobilité du bras était quasiment libre. Cinq semaines plus tard, le Dr W._____ avait constaté que les signes d'une maladie de Südeck avaient quasiment disparu. Tous les critères de Budapest ne paraissaient pas remplis et un syndrome douloureux régional complexe de grade I ne s'amendait pas cliniquement dans un laps de temps aussi bref. Les examens radiologiques ne corroboraient par ailleurs pas ce diagnostic, hormis une légère augmentation de la prise de contraste au poignet droit, lors d'une scintigraphie osseuse. A cela s'ajoutait une évolution tout à fait inhabituelle, sans enraidissement articulaire ni atrophie musculaire et/ou sous-cutanée, comme cela se rencontrait en phase froide, en cas d'évolution défavorable d'un syndrome douloureux régional complexe. Au final, le Dr BL._____ estimait que sur le plan orthopédique, aussi bien l'imagerie par résonnance magnétique que le scanner du membre supérieur droit et la scintigraphie osseuse permettaient d'exclure toute atteinte objective significative osseuse, ligamentaire ou musculaire. De son point de vue, il en allait de même sur le plan neurologique et la question d'un trouble non organique se posait. Dans ce contexte, il peinait à comprendre le diagnostic posé par le Dr A._____ et se montrait très surpris par sa proposition de traitement. Même si la dystonie entraînait dans le cadre d'un syndrome douloureux régional complexe, il n'avait jamais été décrit dans la littérature qu'une neurolyse complète du membre supérieur droit atteint fût un traitement de choix. Une lésion nerveuse partielle pouvait par ailleurs entraîner une douleur limitée dans le territoire innervé, et parfois, secondairement, un syndrome douloureux régional complexe, mais l'exploration neurochirurgicale pratiquée au Portugal ne mentionnait pas de perte de continuité nerveuse ni de compression significative, même si des neurolyses avaient été effectuées. Le Dr BL._____ ajoutait qu'un syndrome douloureux régional complexe constituait une contre-indication à une chirurgie, qui pouvait être

considérée comme dangereuse car elle comportait un risque important de réactivation d'un tel syndrome en phase I, ce qui n'avait toutefois pas été le cas en l'espèce. Enfin, le Dr BL._____ a exposé qu'un syndrome douloureux régional complexe n'avait jamais été l'indication primaire d'une sympathectomie thoracique. Il s'est déclaré très surpris du fait que les interventions pratiquées par le Dr A._____ n'aient pas eu d'autre séquelle neurologique qu'une hypoesthésie dans le territoire du nerf sensitif radial de l'avant-bras droit, et surtout du fait que les douleurs aient depuis lors complètement disparu, avec une fonction et une force totalement retrouvées. Ce résultat ne pouvait pas être expliqué scientifiquement sur le plan orthopédique. De son point de vue, le *statu quo sine* avait été retrouvé au plus tard après la première hospitalisation à la clinique M._____, du 18 juin au 22 juillet 2014. En conclusion, le Dr BL._____ restait très dubitatif sur l'évolution du cas, ne trouvait pas d'explication probante orthopédique à cette évolution et ne pouvait que constater que le patient était finalement guéri à sa grande satisfaction. Cela démontrait que la médecine n'était pas une science exacte mais restait un art.

dd) Le Dr CT._____ a exposé que l'assuré remplissait tous les critères diagnostics d'un syndrome douloureux régional complexe. Il a notamment exposé les symptômes cliniques généralement décrits lors des trois différentes phases d'évolution de cette atteinte, en précisant que ces symptômes ou signes cliniques étaient présents, en particulier lors des deux séjours à la clinique M._____. De son point de vue, l'assuré était très clairement passé par ces trois phases d'évolution (rapport d'expertise, p. 25 à 35). Le Dr CT._____ s'est déterminé sur les diagnostics différentiels évoqués par différents médecins, en particulier les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme et de troubles fonctionnels, qu'il a réfutés. Il a notamment estimé que les médecins de la clinique M._____ et le Dr V._____ n'avaient mis en évidence, pour seul critère diagnostic, que la diminution ou l'interruption du tremblement du membre supérieur droit lorsque l'attention de l'assuré était détournée, ce qui était insuffisant pour conclure à un trouble fonctionnel, les autres critères diagnostics n'étant pas décrits. De son point de vue, les médecins

qui avaient évoqué de telles atteintes avaient augmenté la confusion sur ce qui était une situation claire, quasiment d'école, de l'évolution d'un syndrome douloureux régional complexe (rapport d'expertise, p. 45 à 53). Il ajoute que la poursuite du traitement mené à la clinique M. _____ et ambulatoirement s'était révélée inefficace, voire aggravante. Certains traitements n'avaient pas été tentés (toxine botulique, stimulation médullaire, sympathectomie chimique, ketamine, ...). Le Dr CT. _____ ajoute que « finalement, personne sur la base de la littérature actuelle n'aurait proposé l'opération du Prof. A. _____ d'emblée, mais elle est reconnue dans certains [cas] graves et réfractaires [...] et si le Prof. A. _____ a une grande expérience dans ce domaine et une formation parisienne, il serait utile qu'il publie ou fasse part de ses résultats car cette opération a démontré un succès total après une physiothérapie intense de 8 mois au Portugal. » (rapport d'expertise, p. 53). Ainsi, selon le Dr CT. _____, tous les traitements usuellement préconisés en cas de syndrome douloureux régional complexe n'avaient pas été essayés et c'était finalement « après la neurolyse que le patient [avait] commencé sa régression des symptômes sur 8 mois. On [pouvait] objecter qu'il aurait pu avoir une évolution spontanément favorable sur 60 mois, comme mentionné [...] dans la littérature dans 75 % des cas. On ne [pouvait] certes pas l'exclure, mais on [devait] lui donner 60 mois, soit 5 ans, et non pas les deux ans donnés par la SUVA et les pronostics a posteriori erronés de l'évaluation des 2 séjours de la clinique M. _____ quant à sa capacité de retravailler » (rapport d'expertise, p. 41). Sous « remarque », le Dr CT. _____ indique finalement que « si aucun médecin ou chirurgien n'aurait osé proposer l'intervention effectuée par le Prof. A. _____ d'emblée, même si face à une situation chronifiée elle peut être considérée de cas en cas, sans valeur d'évidence based medicine actuellement en l'absence d'études randomisées contrôlées, force est toutefois de reconnaître par les faits que dans le cas particulier elle a eu un effet spectaculaire, après 8 mois de traitements physiques et en piscine. En conséquence, il s'agit d'une mesure médicale (chirurgicale) qui a augmenté la capacité de gain de l'assuré ad integrum, au *statu quo sine* au 1^{er} février 2019, dans la même profession et sans adaptation autre qu'une reprise progressive des charges et aux mêmes types de travaux

qu'avant l'accident, alors que ces travaux lui avaient été déconseillés par les différents intervenants sur la base des limitations fonctionnelles mentionnées par les hospitalisations à la clinique M._____ ». A propos du Dr A._____, le Dr CT._____ précise l'avoir contacté par téléphone. Il s'agissait d'un microchirurgien très expérimenté, qui avait une abondante vidéothèque des cas qu'il opérait et qui lui avait déclaré opérer de nombreux cas de toute l'Europe, y compris la Suisse, mais malheureusement non publiés (rapport d'expertise, p. 55 et 56).

d) A réception de ces rapports d'expertise, la CNA a demandé un avis sur dossier aux Drs O._____ et U._____, ainsi qu'à la Dre FL._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, également membre du centre de compétence en médecine des assurances de la CNA. Dans une détermination du 20 juillet 2020, ces médecins ont considéré que les rapports des Drs Y._____, BL._____ et CT._____ ne pouvaient pas être tenus pour probants au vu du manque d'avis consensuel sur les questions litigieuses, à savoir le diagnostic et la date de la stabilisation des troubles. Les Drs O._____, U._____ et FL._____ estimaient néanmoins que la chirurgie pratiquée par le Dr A._____ n'était pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident - ayant entraîné une contusion du bras - et le syndrome douloureux régional complexe présumé. En effet, l'accident n'avait pas entraîné de compression nerveuse au niveau du membre supérieur droit, susceptible d'être améliorée par l'intervention pratiquée. La chirurgie ne faisait pas partie des recommandations thérapeutiques établies dans les guidelines nationales et internationales et les intervenants du P._____ n'avaient pas encouragé l'assuré à se faire opérer.

e) Par décision du 5 février 2021, la CNA a admis de reprendre ses prestations pour la période courant jusqu'au 31 janvier 2019 au soir, à l'exclusion de la prise en charge des frais de traitement au Portugal, qui n'étaient selon elle « pas en relation de causalité » avec l'accident.

L'assuré a contesté cette décision, le 2 mars 2021. Il estimait qu'elle ne précisait pas, à tort, quelles prestations seraient octroyées

jusqu'au 31 janvier 2019, et critiquait le refus de prise en charge des opérations pratiquées par le Dr A._____.

Le 1^{er} avril 2021, la CNA a informé l'assuré que le montant de l'indemnité journalière serait de 157 fr. 50. Par décision sur opposition du 30 juin 2021, elle a estimé infondés les griefs de l'assuré, tout en précisant qu'elle verserait l'indemnité journalière de 157 fr. 50 jusqu'au 31 janvier 2019 au soir, qu'elle prendrait en charge les frais de traitement jusqu'à cette date, à l'exclusion toutefois des frais relatifs aux opérations pratiquées par le Dr A._____.

B. C._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision, par acte du 30 août 2021. Il en demande la réforme, en substance, en ce sens que la CNA prenne en charge l'intégralité des frais en lien avec les interventions chirurgicales pratiquées par le Dr A._____, avec intérêt à 5 % l'an dès la date de leur facturation, sous suite de dépens. A titre subsidiaire, il conclut à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a par ailleurs demandé la désignation d'office de son mandataire.

L'intimée a répondu au recours et en a proposé le rejet, le 3 novembre 2021.

Le recourant s'est encore déterminé le 18 novembre 2021, en maintenant ses conclusions.

Le 19 juillet 2022, le juge en charge de l'instruction de la cause a invité Me Duc à produire le formulaire usuel de demande d'assistance judiciaire, dûment rempli, en le rendant attentif au fait qu'à l'avenir, la Cour pourrait rejeter d'emblée les demandes d'assistance judiciaire lorsque ce formulaire manquait, sans autre complément ni sommation. Le recourant a complété sa demande d'assistance judiciaire le 7 septembre 2022.

Par courrier du 16 septembre 2022, le recourant a renoncé à la tenue de débats publics.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des frais de son traitement chirurgical par le Dr A._____.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et

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

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

4. a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment le traitement ambulatoire dispensé par un médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical, ainsi que le traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital, les médicaments et analyses ordonnés par le médecin, ainsi que le traitement, la nourriture et le logement dans la division commune d'un hôpital (art. 10 al. 2 LAA). Le Conseil fédéral peut toutefois définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à

l'étranger (art. 10 al. 3, 1^{ère} phrase, LAA). En ce sens, le Conseil fédéral a édicté l'art. 17 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui prévoit que les frais occasionnés par un traitement médical nécessaire à l'étranger ne sont remboursés que jusqu'à concurrence du double du montant de ceux qui seraient résultés d'un traitement en Suisse. Cela ne signifie toutefois pas que la personne assurée peut, dans ces limites, choisir librement de se faire traiter à l'étranger. Seuls les traitements qui doivent être nécessairement prodigués à l'étranger peuvent être pris en charge ; en d'autres termes, la personne assurée qui se rend à l'étranger pour y suivre un traitement alors qu'elle pourrait se faire traiter en Suisse n'a pas le droit à la prise en charge des frais ainsi occasionnés (Martina Filippo, in Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, Bâle 2019, n° 35 ss ad art. 10 LAA).

b) Pour les assurés qui, comme le recourant, entrent dans le champ d'application personnel de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, du 21 juin 1999 (ALCP ; RS 0.142.112.681), et du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : le règlement n° 883/2004 ; RS 0.831.109.268.1), auquel renvoie l'ALCP, le point de savoir s'ils peuvent se rendre dans un autre Etat partie pour y suivre un traitement à la charge de l'assurance-accidents de l'Etat partie dans lequel ils sont assurés dépend, en cas d'accident professionnel, des art. 20 et 36 du règlement n° 883/2004. Selon ces dispositions, une autorisation préalable de l'assurance-accidents concernée est en principe nécessaire, qui ne peut toutefois pas être refusée si le traitement indiqué ne peut pas lui être dispensé sur le territoire de l'Etat compétent dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état de santé actuel et de l'évolution probable de sa maladie.

5. a) Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents. Comme dans l'assurance obligatoire

des soins en cas de maladie, le traitement doit être efficace, approprié et économique, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques (cf. art. 32 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] ; ATF 123 V 53 consid. 2b/bb ; Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 198 p. 969 ; Filippo, op. cit., n° 6 ad art. 10 ; André Nabold, Basler Kommentar, op. cit., n° 6 ad art. 48 LAA). Une prestation médicale est ainsi considérée comme efficace lorsqu'il est largement admis par les chercheurs et les scientifiques, dans le domaine médical, qu'elle permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (ATF 145 V 116 consid. 3.2.1 ; 139 V 135 consid. 4.4.1 ; 133 V 115 consid. 3.1). L'adéquation d'une mesure nécessite d'évaluer, toujours sur la base de critères scientifiques, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure. Est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 145 V 116 consid. 3.2.2 ; 139 V 135 consid. 4.4.2). La question de l'adéquation se confond normalement avec celle de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 cité). Le prestataire de soins doit limiter ses prestations à ce qui est indiqué dans l'intérêt du patient et nécessaire à la réussite du traitement (ATF 145 V 116 consid. 3.2.3).

b) Contrairement à ce qui prévaut dans le domaine de l'assurance-maladie, l'assurance-accidents exerce un contrôle préalable du traitement et peut prendre les mesures appropriées qu'exige le traitement de l'assuré « en tenant équitablement compte des intérêts de celui-ci et de ses proches » (art. 48 LAA). L'assuré doit suivre les injonctions de l'assurance-accidents et ne peut pas convenir librement du traitement avec le médecin (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 526). L'assuré peut en principe librement choisir son médecin (art. 10 al. 2 LAA), mais l'assurance-

accidents peut limiter ce choix lorsqu'elle estime, pour des raisons médicales, qu'il doit se rendre chez un médecin précis en raison de ses compétences spécialisées. Si l'assuré souhaite changer de médecin au cours du traitement, il doit en informer préalablement l'assurance-accidents, de manière à ce que celle-ci ait la possibilité de prendre les mesures appropriées qu'exige le traitement, conformément à l'art. 48 LAA (Maurer, op. cit., p. 288 sv.). Cette réglementation a pour corollaire que l'assurance-accidents doit répondre des conséquences des lésions causées par le traitement qu'elle a ordonné ou approuvé, conformément à l'art. 6 al. 3 LAA (TFA U 154/02 du 17 mars 2003 consid. 3.2 ; François-Xavier Deschenaux, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in Mélanges pour le 75^{ème} anniversaire du TFA, 1992, p. 529 sv. ; Maurer, op. cit. p. 298 ; voir également Irene Hofer, Basler Kommentar, op. cit., n°111 ad art. 6 LAA [« Sinne und Zweck der Bestimmung ist die Tragung des Risikos durch den Unfallversicherer für die von ihm übernommenen medizinischen Massnahmen. Es ist die Konsequenz der Behandlungspflicht und Weisungsgebundenheit des Versicherten »]).

c) En cas de désaccord entre un assuré qui, par hypothèse, souhaite un traitement, et l'assurance-accidents, qui estimerait que ce traitement n'est pas efficace, économique et approprié, l'assurance-accidents doit rendre une décision, qui peut être contestée par les voies de droit habituelles (Nabold, loc. cit.). Si l'assuré s'est entre-temps soumis au traitement litigieux, contre l'avis de l'assurance-accidents, celle-ci n'encourt en principe pas de responsabilité en cas de lésion due au traitement, en l'absence tout au moins d'approbation du traitement par un tribunal. L'assuré supporte également certains risques de procédure en cas de difficultés probatoires liées au fait que le traitement a d'ores et déjà été réalisé. Par ailleurs, un traitement excessivement risqué ou dont les mérites ne sont pas démontrés scientifiquement peut ne pas être pris en charge, même s'il aboutit finalement à un résultat positif. A l'inverse, l'échec d'un traitement ne signifie pas forcément qu'il était contre-indiqué. Le caractère efficace et approprié d'un traitement s'apprécie en effet, en principe, en se plaçant d'un point de vue prospectif, avant le traitement,

et non d'un point de vue rétrospectif (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 cité ; 130 V 299 consid. 5.2 ; Gebhard Eugster, SBVR, op. cit., n° 331 et 333, p. 508).

6. a) En l'espèce, les différents médecins traitants ont présenté des avis divergents sur l'origine des symptômes présentés par le recourant. Certains ont posé un diagnostic de syndrome douloureux régional complexe, d'autres ont plutôt réfuté ce diagnostic. Les médecins de la clinique M. _____ ont ainsi posé un tel diagnostic lors des deux séjours de l'assuré dans cette clinique. Le Dr E. _____ a fait de même. Le Dr W. _____ a pour sa part posé ce diagnostic, avant de considérer, dans un second temps, que les symptômes avaient pratiquement disparu. Le Dr L. _____ s'est pour sa part limité à constater l'absence d'atteinte neurologique, alors que les Drs T. _____ et V. _____ n'ont pas posé ce diagnostic. On ajoutera que, même parmi les médecins qui ont admis un tel syndrome, plusieurs ont souligné qu'il ne suffisait pas à expliquer les limitations fonctionnelles présentées par le recourant et ont évoqué, soit des facteurs non-médicaux, soit un trouble fonctionnel ou un syndrome douloureux somatoforme.

Les experts consultés ne présentent pas davantage d'unanimité puisque le Dr Y. _____ n'a pas exclu, rétroactivement, un diagnostic de trouble fonctionnel, qu'il considère toutefois uniquement comme possible, que le Dr BL. _____ a réfuté le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe, et que le Dr CT. _____ a considéré, au contraire, qu'il s'agissait d'un cas d'école de syndrome douloureux régional complexe. On ne saurait, en soit, reprocher aux deux experts d'avoir présenté des avis divergents, après avoir manifestement constaté qu'ils ne parviendraient pas à se mettre d'accord sur le diagnostic. En l'état, force est de constater qu'il n'est pas possible de les départager, ce qui conduit au constat que la preuve que les symptômes présentés par le recourant résultaient d'un syndrome douloureux régional complexe n'est pas rapportée. On précisera dans ce contexte, d'une part, que les rapports du Dr A. _____ ne suffisent pas davantage que les autres rapports médicaux au dossier pour démontrer une telle atteinte et, d'autre part,

qu'une nouvelle expertise ne serait selon toute vraisemblance pas davantage probante, en ce sens qu'elle constituerait uniquement un avis médical supplémentaire parmi les avis déjà très nombreux figurant au dossier, à propos d'un diagnostic manifestement difficile à confirmer ou infirmer en l'espèce. Pour ce motif déjà, le recours est mal fondé. On ne peut en effet constater une indication médicale pour les opérations pratiquées par le Dr A._____, alors que l'origine des symptômes traités n'est elle-même pas démontrée.

b) aa) Indépendamment de ce qui précède, le Dr E._____ - quand bien même il posait le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe - a contesté l'indication médicale aux opérations proposées par le Dr A._____. Les Drs V._____ et I._____ ont fait de même. Le Dr E._____ a ainsi clairement exposé qu'il ne saurait encourager cette opération « en l'état de nos connaissances » (rapport du 28 février 2017), alors que les Drs V._____ et I._____ ont indiqué qu'ils ne retenaient pas d'indication pour les neurolyses proposées (rapport du 24 août 2017). Comme l'a exposé l'ancien mandataire du recourant, Me Fischer, les médecins du P._____ se sont entretenus préalablement avec le Dr A._____ avant de nier l'indication médicale pour le traitement proposé (lettre du 13 juillet 2017 à l'intimée). Ils ne l'ont pas fait en méconnaissance de cause, mais ont simplement considéré que ce traitement ne pouvait pas être considéré, d'un point de vue prospectif et en l'état des connaissances scientifiques, comme médicalement indiqué. Leur point de vue est finalement corroboré par celui des docteurs BL._____ et CT._____, et, accessoirement, par les Drs O._____ et U._____. Le Dr BL._____ a exposé qu'il n'avait jamais été décrit, dans la littérature médicale, qu'une neurolyse globale de tout le membre supérieur droit soit un traitement de choix pour une dystonie, même dans le cadre d'un syndrome douloureux régional complexe. Il estime même que dans une telle situation, l'intervention serait plutôt contre-indiquée, car risquant de provoquer une réactivation du syndrome à un stade I. Un syndrome douloureux régional complexe n'avait par ailleurs jamais été l'indication primaire d'une sympathectomie thoracique. Pour sa part, le Dr CT._____ s'est montré moins péremptoire, au vu notamment de

l'amélioration des plaintes du recourant après les opérations pratiquées par le Dr A._____. Il a néanmoins précisé que « personne sur la base de la littérature actuelle n'aurait proposé [ces opérations] d'emblée ». S'il a concédé que le traitement en question « est reconnu dans certains cas graves et réfractaires », il a aussitôt ajouté que le Dr A._____ devrait procéder à une publication et faire part de ses résultats, soulignant a contrario que ces publications faisaient défaut. Il a souligné, plus clairement encore, le fait que le traitement préconisé ne pouvait pas être considéré comme médicalement indiqué, sur la base des connaissances scientifiques actuelles, en exposant qu' « aucun médecin ou chirurgien n'aurait osé proposer l'intervention effectuée par le Prof. A._____ d'emblée, même si face à une situation chronifiée, elle peut être considérée de cas en cas, sans valeur d'évidence based medicine, actuellement en l'absence d'études randomisées contrôlées ». En d'autres termes, le Dr CT._____ se montre intéressé par l'intervention pratiquée par le Dr A._____ et n'exclut pas qu'elle puisse bénéficier un jour d'une reconnaissance scientifique, mais exclut une telle reconnaissance à l'heure actuelle.

bb) Le recourant allègue que le Dr A._____ est « une sommité mondiale dans son domaine », dont « les connaissances dépassent de toute évidence celles des experts, qui n'arrivent pas à fournir des explications relativement aux interventions de leur confrère et à la réussite totale de celles-ci ». Pour seule preuve de ce qu'il allègue, il décrit ensuite le parcours professionnel et les publications du Dr A._____, tels que présentés sur le site internet de ce médecin. Les opérations qu'il a pratiquées requièrent, toujours selon le recourant, « des connaissances qui vont bien au-delà de celles des médecins suisses ». Dans ce sens également, le recourant insiste sur « la totale incompréhension des experts vis-à-vis du traitement et des interventions réalisées par le Prof. A._____ ».

Cette manière de présenter les compétences et le point de vue du Dr A._____, d'une part, et des médecins consultés en Suisse, d'autre part, est pour le moins biaisée. En réalité, rien ne permet de considérer

que les Drs E._____, V._____ et I._____ et CT._____, notamment, ne disposeraient pas des compétences nécessaires pour se déterminer sur l'indication médicale du traitement proposé et pratiqué par le Dr A._____. Le fait que le Dr CT._____, en particulier, soit resté relativement ouvert vis-à-vis de ce traitement - probablement eu égard à l'amélioration des plaintes du recourant qui a suivi les opérations -, ne signifie pas qu'il n'était pas en mesure d'en évaluer le caractère scientifiquement reconnu. On soulignera, dans ce contexte, que cette évaluation doit intervenir sur une base prospective, en se demandant, avant le traitement et non après, si l'on peut en escompter un bénéfice thérapeutique, compte tenu également des risques existants. Statuer sur une base uniquement rétrospective reviendrait notamment à évacuer la question du risque de l'intervention et de ses incertitudes ; une amélioration des plaintes après un traitement ne permet par ailleurs pas forcément de constater que son efficacité devrait désormais être scientifiquement reconnue. Tel n'est pas le cas en l'espèce, au vu en particulier des constatations des experts Y._____, BL._____ et CT._____.

c) Vu ce qui précède, l'intimée a nié à juste titre son obligation de prendre en charge les opérations pratiquées par le Dr A._____. L'audition du recourant, du Prof. CT._____ et du Prof. A._____ - par commission rogatoire - ne permettrait selon toute vraisemblance pas d'établir le caractère scientifiquement reconnu du traitement ni l'indication opératoire - d'un point de vue prospectif - en lien avec les atteintes à la santé du recourant. Les mesures d'instruction requises dans ce sens sont donc rejetées.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par l'interpellation des Drs CT._____ et A._____, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (par appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

8. a) Le recourant a demandé, simultanément au dépôt du recours, par l'intermédiaire de son mandataire, la désignation d'office de ce dernier.

b) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD). Il convient de prendre en considération l'ensemble de la situation financière du requérant au moment où la demande est présentée (ATF 120 Ia 179 consid. 3a).

c) Le requérant a demandé l'assistance judiciaire le 30 août 2021, en se référant, pour toute motivation, à sa situation économique précaire et à la complexité du dossier. Il n'a déposé aucune pièce à l'appui de cette demande, qui était manifestement insuffisamment motivée et documentée. Il n'annonçait par ailleurs pas le prochain dépôt d'un complément à cette demande.

Le mandataire du recourant est rendu attentif au fait qu'à l'avenir, une telle demande sera d'emblée déclarée irrecevable ou rejetée. On peut en effet attendre d'un mandataire professionnel qu'il motive une demande d'assistance judiciaire et produise spontanément les moyens de preuve nécessaires. Le dépôt d'un formulaire de demande d'assistance judiciaire, dûment rempli et signé, auquel sont jointes les pièces justificatives, est en principe exigé dans le canton de Vaud ; ce formulaire est disponible sur le site internet de l'Ordre judiciaire vaudois à l'adresse internet <https://www.dv.ch/prestation-detail/prestation/demander-lassistance-judiciaire> ou peut être envoyée au requérant, sur demande.

d) En l'espèce, le juge délégué à l'instruction a invité le requérant à compléter sa demande, ce que ce dernier a fait le 5 septembre 2022. Il n'allègue aucun revenu en ce qui le concerne, et un revenu de 623.61 euros en ce qui concerne son épouse. Il allègue par ailleurs une fortune personnelle immobilière de 54'535.95 euros, et une fortune immobilière d'un même montant pour son épouse. Il allègue encore une fortune mobilière personnelle de 10'000 fr., et une dette hypothécaire de 54'535.95 euros, remboursée à raison de 297 euros par mois. Aucune charge n'est alléguée.

Il ressort des décomptes de salaires produits, qu'au moment du dépôt de sa demande d'assistance judiciaire et du dépôt du recours, en août 2021, le requérant disposait d'un salaire mensuel net supérieur à 5'000 fr. par mois (5'536 fr. 85 en mai 2021, 7'045 fr. 55 en juin 2021, 6'228 fr. en juillet 2021, 4'408 fr. 90 en août 2021, 5'669 fr. 60 en septembre 2021 et 5'982 fr. 60 en octobre 2021). Ces revenus devaient manifestement lui permettre d'assumer son entretien et d'avancer les honoraires de son mandataire pour toute la procédure, sans recourir à l'assistance judiciaire. Indépendamment de cela, il ressort de la déclaration d'impôt du requérant et de son épouse pour l'année 2021 qu'ils ont perçu cette année-là un revenu imposable de 154'422 fr., compte tenu d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accidents de 112'170 francs. La fortune imposable, au 31 décembre 2021, était de 169'000 fr., compte tenu d'une fortune immobilière de 62'771 (maison de vacances) et d'une fortune de 108'690 fr. sous forme de « titres et autres placements/gains de loterie ». Le requérant n'a fourni aucune explication qui justifierait le dépôt d'une demande d'assistance judiciaire en dépit de ces revenus et de cette fortune imposable. L'indigence ne peut donc pas être constatée et la demande d'assistance judiciaire doit être rejetée.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 30 juin 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** La demande d'assistance judiciaire est rejetée.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :