

VD_FINDINFO AA 34/24 - 26/2025 vom 13. Februar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-02-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_34_24_-_26_2025

FR: VD_FINDINFO AA 34/24 - 26/2025 du 13 février 2025

IT: VD_FINDINFO AA 34/24 - 26/2025 del 13 febbraio 2025

Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, AA | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 24 LAA, 25 al. 1 LAA, 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 36 al. 1 OLAA, 36 al. 2 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales AA 34/24 - 26/2025

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, AA | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 24 LAA, 25 al. 1 LAA, 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 36 al. 1 OLAA, 36 al. 2 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 34/24 - 26/2025 ZA24.013939 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 13 février

2025 _____ Composition : Mme Di Ferro Demierre , présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges Greffière : Mme Vulliamy ***** Cause pendante
entre : D. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,
et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée.

_____ Art. 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24, 25 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 36 al. 1 et 2
OLAA E n f a i t : A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a
travaillé auprès de [...] SA en qualité de [...] depuis le 28 janvier 2014, pour un salaire
mensuel brut de 4'950 fr., augmenté de 413 fr. de part du 13 e salaire. A ce titre, il était
assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale
suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 7 mars 2016,
l'assuré a été victime d'un accident. Selon la déclaration d'accident du 16 mars 2016,
l'assuré s'est fait écraser entre deux camions, soit le sien et celui d'un collègue qui a
commencé à reculer sans le voir. L'assuré s'est trouvé en incapacité totale de travail dès
l'accident et n'a jamais repris le travail, se faisant ultérieurement licencié avec effet au
31 juillet 2017. Il ressort du rapport de la Police cantonale vaudoise du 18 mars 2016 ce qui
suit : « En date du 07.03.2016, vers 0730, je devais transférer la marchandise de mon
camion tombé en panne peu avant, dans un autre véhicule de livraison. Pour ce faire, mon
collègue [...] était chargé de coller à environ 50 cm, l'arrière de son véhicule de livraison, à
l'arrière de mon camion. Lors de cette manœuvre, il était assisté de M. [...], lequel le guidait
dans sa marche arrière. Lorsqu'il s'est retrouvé à environ 50 cm de mon camion. M. [...] lui a
fait signe de stopper son véhicule, ce qu'il a fait dans un premier temps, Dès lors, croyant
que la manœuvre était terminée, je me suis enfilé entre les deux véhicules, malgré que le
moteur était toujours enclenché. A cet instant, M. [...] m'a dit de me retirer de cette place en
me disant -tu fous quoi?- mais pour une raison que j'ignore, la voiture de livraison a

simultanément fait un à-coup en marche arrière et m'a coincé entre les deux véhicules. Suite à ça, M. [...] a immédiatement avancé sa machine afin de me libérer. Je souffre de plusieurs blessures, dont la rate déchirée et une grosse contusion au dos, située entre la hanche et le bassin, mais je n'ai jamais perdu connaissance. Je précise que nous avons été informés à plusieurs reprises qu'il est interdit de passer à l'arrière d'un véhicule qui a le moteur enclenché. Toutefois, lorsque je l'ai fait, je pensais que la manœuvre était terminée et qu'il n'y avait plus de danger.» Selon un courrier du 21 mars 2016, la CNA a pris en charge le cas (frais médicaux et indemnités journalières). L'assuré a séjourné du 7 au 15 mars 2016 au Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier N. _____ (ci-après : le Centre hospitalier N. _____). Aux termes d'une lettre de sortie du 11 mai 2016, a été posé le diagnostic principal de fracture splénique de grade II post-traumatique. Selon ce rapport, un CT-scan abdominal a été effectué le 7 mars 2016 qui montrait une fracture de la rate de grade II sans autre lésion post-traumatique sur le reste du volume exploré. Le second CT-scan abdominal du 10 mars 2016 montrait une stabilité des lésions précédemment visualisées. Selon un rapport du 13 mai 2016 du Dr F. _____, médecin chef du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier N. _____, l'assuré a bénéficié d'un CT-scan abdominal de contrôle le 30 mars 2016 à la recherche d'un pseudo anévrysme qui n'était pas présent. Ce rapport précisait que des complications vasculaires de la fracture de la rate étaient exclues et que la fracture splénique de grade II post-traumatique était traitée conservativement. Par rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombo-sacrée du 22 juin 2016, les Drs S. _____ et K. _____, respectivement médecin associé et médecin assistante au service de radiologie du Centre hospitalier N. _____, ont constaté, au niveau lombaire, la présence d'une fissure annulaire du disque L5-S1, associée à une protrusion discale, sans conflit radiculaire ou sténose canalaire significative, ainsi que la présence d'une arthrose interfacettaire en poussée inflammatoire L4-L5 des deux côtés. Ils ont également constaté l'absence de lésion traumatique ou focale osseuse, ainsi que, au niveau des sacro-iliaques, l'absence de lésion traumatique identifiée. Ils ont conclu à l'absence de lésion traumatique de la colonne lombaire et sacrée, ainsi qu'à une collection résiduelle de quatre centimètres de grand axe située superficiellement au muscle grand fessier gauche, d'origine post-traumatique en premier lieu. Le 22 août 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Par rapport du 2 février 2017, le Dr M. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin agréé au Centre hospitalier N. _____, a indiqué que l'assuré était suivi à sa consultation et qu'il présentait des douleurs à la jonction lombosacrée et à la fesse gauche, résiduelles après un traumatisme direct. Il a indiqué que la fracture de la rate et la contusion lombosacrée et de la hanche gauche étaient traitées de façon conservative (balnéothérapie et antalgie par oral). En conclusion, il a considéré la situation comme stable, sans réelle amélioration persistante des douleurs. Après examen du 25 septembre 2017, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, s'est déterminé dans un rapport du 29 septembre 2017. Il a posé les diagnostics de status après traumatisme fermé de l'abdomen avec fracture de la rate (traitement conservateur), ainsi que de douleurs lombo-sacrées chroniques avec arthrose sacro-iliaque débutante, arthrose facettaire L4-L5 et discopathie L5-S1 avec protrusion discale. Il a en particulier signalé la persistance de douleurs en regard de la fesse gauche, irradiant le membre inférieur gauche. Il a également indiqué que l'intéressé était très démonstratif et centré sur ses douleurs, des facteurs non organiques semblant jouer un

rôle important dans l'évolution du cas. Au vu de ces circonstances, il a prescrit que l'assuré soit convoqué pour un séjour stationnaire. Il ressort encore ce qui suit de ce rapport : « Il est vu à un peu plus de 1 ½ an de l'accident. Il affirme que depuis environ une année il n'a pas remarqué d'amélioration significative de ses douleurs. Les infiltrations facettaires lombaires effectuées en octobre 2016 et en février 2017 n'ont pas permis une amélioration notable des douleurs. Il n'est plus suivi au Service d'antalgie du Centre hospitalier N. _____ depuis juin 2017. Actuellement l'assuré est suivi exclusivement par son médecin traitant la Dresse V. _____, spécialiste en médecine interne à [...] qui voit l'assuré environ une fois par mois. Il continue à faire environ 2 séances de physiothérapie/mois en piscine » Du 17 octobre au 8 novembre 2017, l'assuré a séjourné à la Clinique G. _____ (ci-après : la Clinique G. _____). Dans leur rapport du 10 novembre 2017, les Drs W. _____ et J. _____, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation en rhumatologie et médecin assistante, ont posé les diagnostics de troubles dégénératifs lombaires et sacro-iliaque bilatéraux, d'hypotrophie et cicatrice du/dans le muscle grand fessier gauche et ancienne désinsertion partielle proximale des muscles grand et moyen fessiers gauches et le 7 mars 2016, de fracture splénique grade II et lésions des muscle moyen et grand fessiers gauche. Ils ont mentionné des blocs facettaires lombaires en octobre 2016 et février 2017. Se référant aux examens radiologiques au dossier, ils ont observé qu'une IRM du 18 avril 2017 montrait une bursite étendue à hauteur du site de la déchirure partielle des muscles moyens, et surtout du grand glutéal gauche, avec une infiltration des tissus mous, péri-lésionnelle associée, ainsi qu'une coxarthrose bilatérale et symétrique, antéro-supéro-externe. Ils ont ajouté qu'un CT-scan du bassin du 3 novembre 2017 mettait en évidence des remaniements dégénératifs des articulations sacro-iliaques avec géodes sous-chondrales, une coxarthrose modérée, postéro-antérieure et interne, une atrophie du muscle grand fessier, avec une déchirure partielle, et une désinsertion proximale à hauteur des crêtes iliaques des moyen et grand fessiers gauches. Les spécialistes ont indiqué que les troubles dégénératifs lombaires, coxo-fémoraux et sacro-iliaques n'expliquaient pas les plaintes de l'assuré et que les séquelles musculaires fessières gauches du traumatisme n'expliquaient également pas l'intégralité des plaintes et du handicap fonctionnel, qui était disproportionné. Le comportement douloureux très prononcé et les performances très faibles aux tests fonctionnels ne pouvaient pas s'expliquer par les anomalies objectives. S'agissant des limitations fonctionnelles en rapport avec les séquelles de l'atteinte musculaire, les médecins ont conclu que l'assuré devait éviter les marches prolongées, notamment en terrain difficile, la montée et la descente prolongée d'escaliers et le maintien prolongé de la position debout ou assise ; ils ont ajouté que le port de charge devait être évité au-delà de 15 kg mais qu'il demeurerait possible rarement de 10 à 15 kg, occasionnellement de 5 à 10 kg et sans restriction au-dessous de 5 kg. Cela étant, les médecins ont estimé que la situation était stabilisée du point de vue médical, que l'incapacité de travail était totale dans la profession de chauffeur livreur et qu'un changement de profession était nécessaire. Néanmoins, le pronostic de réinsertion dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles était défavorable en raison de facteurs sortant du champ médical. Dans le cadre du séjour à la Clinique G. _____, l'assuré a en particulier été vu par le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a décrit, dans un rapport médical du 7 novembre 2017, que le patient présentait déjà des signes dégénératifs avant l'accident puisque la maladie de Forestier, une spondylose L3-L4, une discopathie calcifiée L5-S1 et un début d'ankylose des articulations sacro-iliaques apparaissaient sur l'IRM du

polytraumatisé, présents sur différents examens radiologiques, dont l'IRM du 3 novembre 2017. L'assuré a également été vu par la Dre Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui n'a pas, dans son rapport du 16 novembre 2017, posé de diagnostic psychiatrique. Elle a indiqué qu'il n'y avait pas d'élément orientant vers un trouble dépressif, anxieux ou du registre post-traumatique tout en précisant être marquée par le décalage entre la présentation démonstrative et l'absence de souffrance psychique chez un patient parfaitement euthymique. Elle a également mentionné, qu'en accord avec l'assuré, aucune prise en charge psychothérapeutique n'était prévue pour la suite. Selon un rapport du 10 janvier 2018, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu qu'à ce stade, la situation devait être considérée comme médicalement stabilisée et qu'aucune amélioration significative ne pouvait être attendue de la poursuite de la thérapie. Quant à la capacité de travail, elle était complète sans aucune restriction spécifique dans une activité adaptée et respectant les restrictions fonctionnelles. Par communication du 5 avril 2018, la CNA a signifié à l'assuré mettre fin à son droit aux indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux avec effet au 30 avril 2018. Elle lui a indiqué examiner actuellement la possibilité de lui allouer d'autres prestations d'assurance. En réponse à un courrier de la CNA du 6 avril 2018, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué que son salaire, en 2018, était de 4'950 fr., plus un 13 e salaire de 4'950 fr. pour un temps de travail de 42.5 heures. Par rapport du 9 juillet 2018, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a confirmé les limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la Clinique G. _____. Il a par ailleurs indiqué que le pronostic de réinsertion comme [...] était défavorable et que, sur le plan médical, l'exigibilité était donnée aussi bien en temps qu'en rendement, moyennant le respect des limitations fonctionnelles établies. Le Dr C. _____ a de surcroît retenu que le taux d'atteinte à l'intégrité n'était pas estimable sur la base du dossier médical à disposition, car les séquelles objectives liées à cet événement étaient minimales, mentionnant de plus l'existence d'un état dégénératif préexistant au niveau sacro-iliaque et lombaire. Par décision du 17 juillet 2018, la CNA a refusé à l'assuré l'allocation d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique. S'agissant en premier lieu de la rente, la Caisse a précisé que l'évaluation de l'invalidité n'était basée que sur les séquelles de l'accident du 7 mars 2016, sans que les facteurs étrangers à cet événement n'aient été pris en compte. Elle a considéré qu'en dépit des (seules) séquelles de l'accident, l'assuré était capable d'exercer une activité de type léger adaptée, soit ne nécessitant pas de marcher de manière prolongée, notamment en terrains difficiles, ni de monter et descendre des escaliers et en évitant le maintien prolongé de la position debout-assise. L'exercice d'une telle activité était en outre médicalement exigible la journée entière. Après comparaison des revenus avant et après l'atteinte à la santé (de respectivement 5'363 fr. et 5'093 fr. [part du 13 e salaire incluse]), il en résultait, sur le plan économique, une perte de gain de 5 %, insuffisante pour l'allocation d'une rente d'invalidité. S'agissant en second lieu de l'atteinte à l'intégrité physique, la CNA a repris l'appréciation émise le 9 juillet 2018 par le Dr C. _____ qui avait considéré qu'une telle atteinte faisait défaut en l'espèce. Par acte du 16 août 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à la décision de la CNA du 17 juillet précédent. Invoquant l'avis de la Dre V. _____, médecin généraliste traitante, il a fait valoir qu'il souffrait toujours de fortes douleurs au niveau de la fesse et du membre inférieur gauche, douleurs nécessitant la prise quotidienne d'antalgiques et la poursuite d'un traitement physiothérapeutique

hebdomadaire. Complétant son opposition le 15 janvier 2019, l'assuré a argué que le rapport des médecins de la Clinique G. _____ du 10 novembre 2017, ainsi que l'avis du 9 juillet 2018 du Dr C. _____, étaient dépassés. Il a ajouté que son état de santé n'était pas stabilisé, de sorte qu'une reprise d'activité n'apparaissait pas exigible, voire contraindiquée. Pour appuyer ses allégations, l'assuré a produit diverses pièces, dont en particulier les suivantes : - un rapport du 8 octobre 2018 de la Dre V. _____, se fondant sur des examens menés entre août et septembre 2018 et concluant que l'évolution de l'état de santé de l'assuré ne semblait pas s'améliorer, que la reprise d'un travail à 100 % dans une profession adaptée restait très théorique et non envisageable et que, dans ce sens, une nouvelle expertise médicale avec évaluation de la capacité pour une reconversion professionnelle semblait indispensable ; - un rapport d'IRM du bassin du 27 novembre 2018 du Dr T. _____, spécialiste en radiologie, observant, par rapport à l'IRM précédente du 18 avril 2017, une inflammation musculaire un peu plus étendue au niveau de la portion supérieure du muscle grand fessier à gauche, une tendino-bursite des tendons des muscles moyens fessiers des deux côtés et une minime insertionite des ischio-jambiers ; - un rapport final du 3 décembre 2018 du Service de l'emploi relatif à un cours effectué par l'assuré entre le 14 septembre et le 19 novembre 2018 auprès de la Fondation [...] indiquant, dans la rubrique « bilan médical » que l'assuré devait éviter la marche prolongée, la montée et la descente d'escaliers, le maintien prolongé de la position debout et assise et le port de charge de plus de 15 kg ; - un courriel du 14 janvier 2019 de la Dre V. _____ au conseil de l'assuré exposant que les résultats décrits dans le rapport d'IRM du 27 novembre 2018 pouvaient expliquer les douleurs de l'assuré et relevant que l'atteinte musculaire au niveau du bassin empêchait une réintégration professionnelle quelconque. Interpellé par la CNA, le Dr C. _____, se déterminant sur les pièces remises par l'assuré par avis du 28 janvier 2019, a indiqué qu'une expertise bidisciplinaire (orthopédique et psychologique) pourrait se discuter et qu'elle viendrait doubler ce qui avait été déjà fait à la Clinique G. _____. Il a également indiqué que la musculature fessière n'était plus compétente (preuve en était la dégénérescence graisseuse intramusculaire), cette incompétence ayant été prise en compte dans la description des limitations fonctionnelles. Par décision sur opposition du 2 avril 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 17 juillet 2018. Dans sa motivation, la Caisse s'est ralliée à l'avis précité du Dr C. _____, considérant par ailleurs qu'une expertise médicale ne permettrait pas de mieux cerner la situation, les pièces versées au dossier par l'intéressé ne fournissant aucune indication concernant un éventuel traitement susceptible d'améliorer son état de santé et n'apportant pas d'élément objectif susceptible de remettre en cause l'évaluation réalisée par les médecins de la Clinique G. _____. La CNA a par ailleurs confirmé son évaluation du taux d'invalidité et maintenu son appréciation s'agissant du refus d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité. B. L'assuré a recouru contre cette décision le 10 mai 2019 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Par réponse du 16 août 2019, l'intimée, se basant sur un rapport du 9 août 2019 de la Dre P. _____, spécialiste en chirurgie, auprès de la Division de médecine des assurances de la CNA, a conclu à ce qui suit : « Monsieur D. _____ présente suite à l'accident du 7 mars 2016 un état cicatriciel de son muscle grand glutéal gauche, qui certes peut expliquer un certain déficit fonctionnel à la marche - boiterie, mais en aucun cas la symptomatologie douloureuse majeure décrite par ce dernier. La rate est guérie et intacte. L'ancienne activité professionnelle de chauffeur livreur n'étant plus exigible, nous estimons que chez Monsieur D. _____ une activité professionnelle adaptée à 100%, sans restriction – horaire et rendement – respectant les limitations

fonctionnelles suivantes : possibilité d'alterner les positions debout et assise selon le choix/besoin de ce dernier, éviter les marches prolongées, notamment en terrain difficile, éviter la montée et la descente d'escalier répétitive, éviter le port de charges répétitif de plus 5 kg, les ports de charge de 5 à 10 kg sont possibles occasionnellement, et de 10 à 15 kg rarement, est reconnue. Nous reconnaissons à Monsieur D. _____, qui présente un état de santé beaucoup plus favorable que celui de la perte d'un membre inférieur – table 4 du barème d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA, ou de la perte totale de l'usage d'un membre – table 21 de ce même barème, qui les deux correspondent à une indemnité au taux de 50%, une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 10% en se basant sur le barème d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA et en prenant en compte par analogie une paralysie du nerf fessier – table 2 du dit barème ou encore un raccourcissement du membre inférieur de 3-4 cm, qui eux justifient une indemnité au taux de 10%. Nous ne considérons pas la symptomatologie douloureuse lors de l'évaluation de cette indemnité pour atteinte à l'intégrité, puisque comme précité la déchirure musculaire après tout ce temps est guérie sous forme de tissu fibreux, qui lui n'est pas douloureux. La rate étant guérie sans séquelle, une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne se justifie pas. »

Dans le cadre de la procédure de recours, l'assuré a produit une attestation médicale du 3 septembre 2019 de la Dre A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de X. _____, psychologue-psychothérapeute, exposant qu'il était suivi depuis le 23 août 2018 pour un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique. Il a également produit un rapport d'expertise bi-disciplinaire du 31 mars 2020 des Drs R. _____ et E. _____, respectivement rhumatologue et psychiatre auprès de [...] SA, mandatés par l'OAI. Le Dr R. _____ retenait les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire droit, sciatique S1 tronculaire secondaire à une déchirure des moyen et grand fessiers et de douleur lombaire sur discopathie L5-S1. Il relevait que le traumatisme accidentel avait déclenché un hématome dans les muscles fessiers, lequel avait comprimé le nerf sciatique et provoqué une lésion définitive (amyotrophie des muscles grand et moyen fessiers, du quadriceps et du mollet, involution graisseuse), toujours présente depuis la disparition de l'hématome. Il existait une irritation neurologique S1 avec un territoire typique dans le membre inférieur gauche secondaire à une sciatique tronculaire. En raison des atteintes somatiques, la capacité de travail dans une activité habituelle ou adaptée était nulle depuis le 7 mars 2016 et de 35 % (50 % avec une diminution de rendement de 30 %) depuis le 27 janvier 2018, en l'occurrence dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique (pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg, port de charge limité à 5 kg, marche limitée, piétinement limité, position assise limitée avec changements de position régulier). Quant à l'expert psychiatre, il écartait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de trouble somatoforme mentionnés par la Dre A. _____ dans un rapport du 28 mars 2019 à l'OAI et posait les diagnostics, non incapacitants, d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique et d'accentuation de certains traits de personnalité (narcissique) ; lors de son examen, il n'avait pas observé les signes cliniques et les limitations fonctionnelles relevés par la psychiatre traitante et jugeait incohérente la prise en charge par une psychologue à hauteur d'un rendez-vous toutes les trois semaines, eu égard à la gravité des diagnostics retenus par la psychiatre traitante. La CNA a encore produit une appréciation chirurgicale de la Dre P. _____ du 15 septembre 2020 qui observait que l'expert imputait les douleurs lombaires à une atteinte dégénérative des articulations postérieures basses, que l'IRM du 27 novembre 2018 ne permettait pas de conclure à une lésion musculaire définitive des fessiers, qu'il pouvait être retenu soit une

atteinte radiculaire S1 sur probable hernie discale, soit une atteinte tronculaire d'un nerf périphérique, mais en aucun cas une atteinte tronculaire S1. Par ailleurs, l'examen neurologique pratiqué le 13 novembre 2017 lors du séjour à la Clinique G. _____ n'apportait aucun argument électrophysiologique en faveur d'une atteinte, que ce soit radiculaire, tronculaire ou plexique. Enfin, l'usage d'une canne anglaise ne justifiait pas une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. En relation avec le volet psychiatrique de l'expertise, elle renvoyait aux éléments d'incohérence relevés par le Dr E. _____. L'assuré a produit un rapport d'expertise complémentaire du 30 octobre 2020 du Dr R. _____. Il en ressortait que l'expert n'avait pas observé de signes de discordance lors de l'examen clinique, lequel avait montré une excellente concordance avec l'imagerie radiographique, à savoir une amyotrophie associée à une dégénérescence massive. La douleur fessière était bien reproduite à la palpation et à l'élévation de la jambe gauche, avec un déficit musculaire de l'abaisseur du pied gauche et un déficit sensitif dans le territoire S1 gauche, lequel avait pour origine une sciatique tronculaire (hématome de la fesse) et non pas radiculaire (d'origine lombaire). L'assuré a produit un second rapport d'expertise complémentaire du 19 février 2021 du Dr R. _____. L'expert rappelait le contenu de ses constatations objectives et précisait que le recourant ne pouvait pas matériellement travailler à 100 % dans une activité adaptée, ce en raison de la nécessité de changer très souvent de position et d'avoir des périodes de repos régulières, outre une baisse de rendement induite par les limitations fonctionnelles. Le recourant a encore produit, pour mémoire, deux rapports des 2 février et 10 mars 2017 du Dr M. _____ attestant de la persistance des douleurs. La CNA a produit une nouvelle appréciation chirurgicale du 18 mars 2021 de la Dre P. _____, laquelle observait que les limitations fonctionnelles relevées par l'expert lors de l'examen clinique et l'allégation de douleurs n'étaient pas rapportées par le recourant dans le cadre de ses activités récréatives. Par décision du 22 juillet 2021, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100 % du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2019, et sur un taux de 84 % dès le 1^{er} mars 2019. Par arrêt du 10 août 2021 (AA 55/19 – 94/2021), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision attaquée et ordonné le renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. En substance, la Cour a constaté qu'elle ne disposait au dossier d'aucune appréciation médicale portant sur une possible aggravation des états maladifs préexistants. La question du statu quo ante et du statu quo sine n'avait pas été discutée. On ignorait également si d'éventuelles lésions préexistantes au niveau des muscles grand et moyen fessiers gauches étaient ou non de nature à entraîner des limitations fonctionnelles et si l'accident du 7 mars 2016 avait pu, cas échéant, les aggraver. S'ajoutait également l'existence d'une inflammation musculaire un peu plus étendue au niveau de la portion supérieure du muscle grand fessier à gauche. Sur le plan psychique, il y avait lieu d'investiguer plus avant l'état de santé psychique de l'assuré et, cas échéant, d'apprécier le lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident litigieux. Ainsi, l'instruction devait être complétée sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire comportant à tout le moins des volets rhumatologique et/ou orthopédique ainsi que psychiatrique, voire éventuellement des volets neurologique ou de médecine interne. C. Reprenant l'instruction de l'affaire, la CNA a mis en œuvre une expertise auprès des Drs I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Y. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans ce cadre, les experts se sont vu adresser un questionnaire établi par la CNA, ainsi que des questions supplémentaires du représentant de

l'assuré, adressées à la CNA par courrier du 23 mai 2022. Par la suite, les experts ont fait part de leurs conclusions dans des rapport du 10 novembre 2022 pour la Dre Y. _____ et du 1^{er} décembre 2022 pour le Dr I. _____. S'agissant des diagnostics, la Dre Y. _____ a posé ceux de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'origine post-traumatique (F45.4) et d'épisode dépressif moyen (F32.1). Le Dr I. _____ a retenu le diagnostic avec influence sur la capacité de travail d'hypotrophie avec dégénérescence graisseuse cicatricielle, prenant le tiers supérieur du grand fessier gauche, secondaire à un écrasement avec hématome, sur compression de l'hémi-bassin le 7 mars 2016. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné ceux de status après fracture splénique de grade II survenue le 7 mars 2016, guérie sans séquelle, de hernie discale L5-S1 dégénérative calcifiée, sans compression radiculaire, de légères atteintes facettaires L4-L5 et L5-S1 dégénératives, associées à un début de fusion dégénérative des sacro-iliaques des deux côtés, sans corrélation clinique, d'hypoesthésie du territoire L5 du membre inférieur gauche, sans dysesthésie et sans trouble de la discrimination et de syndrome dégénératif débutant fémoro-patellaire droit, sur ancienne atteinte ligamentaire lié à un accident de football en 1991. Concernant la capacité de travail, les experts s'accordent sur le fait qu'elle est nulle dans l'activité habituelle. Quant à une activité adaptée, la Dre Y. _____ a attesté une capacité de travail de 20 à 30 % et le Dr I. _____ de 100 %. Par courrier du 3 janvier 2023, l'intimée a transmis au recourant, par son mandataire, les rapports des experts et lui a imparti un délai au 31 janvier 2023 pour prendre position. Par courrier du 31 janvier 2023, le recourant a, sous la plume de son conseil, fait part de sa « prise de position concernant les rapports d'expertise ». Il a requis de l'intimée qu'elle lui confirme que la causalité adéquate pouvait être admise et qu'il avait droit à la prise en charges des prestations découlant de l'incapacité de travail et de gain consécutive à son atteinte psychique. Il s'est réservé le droit de formuler toutes éventuelles questions complémentaires aux experts tout en requérant une prolongation de délai de 20 jours pour ce faire dès réception de la réponse à sa demande. Par courrier du 20 février 2023, le conseil du recourant a requis de l'OAI la transmission d'une copie complète et actualisée du dossier de son mandant. Faisant suite à un courrier du 17 avril 2023 du recourant, par son conseil, s'étonnant que son courrier du 31 janvier 2023 soit resté sans réponse, l'intimée a répondu, par courrier du 1^{er} mai 2023, qu'une suite serait donnée à sa requête dès que possible. Lorsque le recourant a, par courrier du 5 juin 2023, relancé l'intimée pour avoir une réponse à sa requête du 31 janvier 2023, cette dernière lui a répondu, par courrier du 15 juin 2023, que le dossier était toujours à l'étude. Par décision du 18 août 2023, la CNA a exposé que, selon l'instruction complémentaire, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs du marché de l'emploi, à condition qu'il puisse alterner les postures, éviter les déplacements trop fréquents, surtout sur des sols irréguliers, ne pas grimper ou descendre fréquemment des escaliers, ne pas monter sur des échelles ou des échafaudages. Quant au port de charges, il était interdit au-delà de 15 kg et permis occasionnellement pour les charges de 10-15 kg et régulièrement pour celles de 5 à 10 kg. En outre, il ne résultait aucune perte de gain après comparaison des revenus de valide et d'invalidé. Sur le plan psychique, des troubles réduisaient la capacité de gain sans toutefois être en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré. Par conséquent, seule une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % pouvait être octroyée à l'assuré. Par son conseil, l'assuré s'est opposé à cette décision le 15 septembre 2023. Il a d'abord fait valoir une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où il n'avait pas pu prendre position sur les rapports d'expertise des Drs I. _____ et Y. _____. Il a

ensuite relevé que la décision rendue n'était pas suffisamment motivée, ne permettant pas de comprendre dans quelle catégorie de gravité était classé l'accident en cause. Il a encore fait valoir que son accident devait être considéré comme grave et que la relation de causalité entre l'accident et les troubles psychiques était ainsi établie. Si l'accident devait être qualifié de gravité moyenne, il appartenait à la Caisse d'analyser soigneusement la situation à l'aune des critères objectifs dégagés par la jurisprudence fédérale dont les critères étaient, selon lui, tous remplis. Il a enfin allégué que des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvraient le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dont l'estimation devait être faite par un psychiatre. Ainsi, un complément d'instruction s'avérait incontournable. Par décision sur opposition du 26 février 2024, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a tout d'abord nié une violation du droit d'être entendu de l'assuré dans la mesure où il n'appartenait qu'à lui de transmettre des questions complémentaires aux experts dans le délai imparti au 31 janvier 2023. Elle a ensuite nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 7 mars 2016, de gravité moyenne, et les troubles psychiques en examinant les critères jurisprudentiels. S'agissant de la rente d'invalidité, elle s'est fondée sur le rapport du Dr I. _____ du 1^{er} décembre 2022 pour en refuser l'octroi dès lors qu'une pleine capacité de travail pouvait être reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, il n'y avait pas de perte de gain. Enfin, elle a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % en se référant aux rapports des Drs I. _____ et P. _____. D. Par acte du 27 mars 2024, D. _____ a, sous la plume de son mandataire, recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 26 février 2024, concluant principalement à sa réforme en ce sens que ses troubles psychiques sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 7 mars 2016 et au renvoi du dossier à la CNA pour détermination des prestations dues, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a fait valoir qu'en présence d'un accident de gravité moyenne, il fallait un cumul de trois critères sur sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante. Dans son cas, le premier critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques de l'accident ou le caractère particulièrement impressionnant était rempli, ainsi que celui de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques. S'agissant du critère de l'erreur de traitement entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, des erreurs avaient été commises par la Clinique G. _____ tant au niveau rhumatologique que psychiatrique entraînant du retard, jamais rattrapé, dans le traitement, qui avait conduit à une aggravation lente et notable des douleurs jusqu'au développement d'un syndrome somatoforme douloureux. Les critères de l'existence de complications importantes, celui des douleurs physiques persistantes et celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques étaient également remplis. Ainsi, six des sept critères jurisprudentiels pertinents étaient réalisés, dont plusieurs de façon particulièrement marquantes. Il y avait ainsi donc une relation de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 7 mars 2016. A l'appui de son recours, il a produit un bordereau de pièces contenant des rapports, dont notamment un rapport d'évaluation neuropsychologique du 17 septembre 2020. Par écriture du 9 avril 2024, l'intimée a renoncé à formellement déposer une réponse dès lors que la partie recourante n'alléguait aucun élément nouveau. Dans sa réplique du 13 mai 2024, le recourant s'est référé à un rapport du 10 mai 2024 de la Dre A. _____, produit en annexe, pour confirmer que les critères de la gravité ou de la

nature particulière des lésions physiques et celui des erreurs dans le traitement médicale entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident étaient remplis. Par duplique du 23 mai 2024, l'intimée a à nouveau renoncé à s'exprimer. Par écriture du 12 juin 2024, le recourant a transmis un rapport du 11 juin 2024 de la Dre V. _____ selon lequel sa masse musculaire solide l'avait très probablement protégé de conséquences et de séquelles potentiellement bien plus graves. Ainsi, son accident devait appartenir aux accidents plus graves de la catégorie intermédiaire. Le 21 juin 2024, l'intimée a encore une fois renoncé à se déterminer. 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 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 des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 avril 2018, en lien avec l'accident du 7 mars 2016. 3. Le 1 er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident du 7 mars 2016 est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Dans son opposition du 15 septembre 2023, à laquelle il a renvoyé dans son acte de recours du 27 mars 2024, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu. Il fait valoir qu'il n'a pas pu se déterminer sur les rapports d'expertise des Drs I. _____ et Y. _____ et que la décision sur opposition du 26 février 2024 n'était pas suffisamment motivée dans la mesure où le degré de gravité dans lequel l'accident avait été classé était incompréhensible et que rien n'indiquait qu'une analyse sérieuse des critères pertinents en cas d'accident de gravité moyenne avait eu lieu. a) Ces griefs, d'ordre formel, doivent être examinés en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 43 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2). b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa

décision, de sorte que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 8C_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3). c) A première vue, le recourant n'invoque plus ce grief dans son recours, on relèvera toutefois que l'intimée a transmis au recourant les rapports d'expertise des Drs I._____ et Y._____ par courrier du 3 janvier 2023 en lui impartissant un délai au 31 janvier 2023 pour prendre position. Par courrier de son mandataire du 31 janvier 2023, dans lequel il indiquait « faire part de sa prise de position concernant les rapports d'expertise », le recourant a requis la confirmation de l'existence d'une relation de causalité adéquate, tout en se réservant le droit, dans la négative, de poser des questions complémentaires aux experts. Sans réponse à ce courrier, le recourant a relancé l'intimée en date des 17 avril et 5 juin 2023. La CNA lui a alors indiqué par courriers des 1^{er} mai, respectivement 15 juin 2023, qu'elle allait donner suite à cette requête et que le dossier était encore à l'étude. Elle n'en a toutefois rien fait et a rendu une décision le 18 août 2023. Il faut constater, en l'espèce, que le recourant n'a pas pris position sur les rapports des experts dans le délai imparti au 31 janvier 2023 alors qu'il avait la possibilité de le faire, peu importe que l'intimée lui ait indiqué, après la fin du délai, qu'une réponse allait lui être apportée. On relèvera ici que le recourant a demandé une copie actualisée de son dossier le 20 février 2023, sans mentionner son courrier du 31 janvier 2023. De plus, le recourant avait fait parvenir un questionnaire aux deux experts par courrier du 23 mai 2022. S'agissant du grief de la motivation insuffisante, il convient d'observer que si la décision du 18 août 2023 est relativement peu détaillée, la décision sur opposition du 26 février 2024 est complète et traite des points nécessaires. Le recourant a, au demeurant, été en mesure de comprendre la portée de cette décision sur opposition, et de saisir la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, laquelle est dotée d'un plein pouvoir d'examen (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à l'arrêt TF 9C_127/2007 du 12 février 2008). Il a en outre pu faire valoir l'intégralité de ses griefs dans le cadre d'un double échange d'écritures. Ainsi, bien qu'il soit douteux que l'on puisse considérer que le droit d'être entendu du recourant eût été violé, il y a lieu de constater que cette violation a été réparée devant la présente autorité. 5. 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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). 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 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). 6. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en

procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre le cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

7. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident le 7 mars 2016 sur son lieu de travail et l'intimée a pris le cas en charge dès cette date. Elle a mis fin à ses prestations avec effet au 30 avril 2018, le recourant n'ayant plus besoin de traitement et l'état de santé étant stabilisé. Elle a ensuite nié le droit du recourant à une rente d'invalidité dès lors qu'il pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations et qu'il ne résultait aucune perte de gain après comparaison des revenus avec et sans invalidité. Elle a également nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. décision du 17 juillet 2018). L'intimée a confirmé cette décision sur opposition du 2 avril 2019 contre laquelle le recourant a recouru par acte du 10 mai 2019. Dans le cadre de la procédure de recours, l'intimée a reconnu un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Par arrêt du 10 août 2021 (cf. CASSO AA

55/19 – 94/2021), la juridiction cantonale a constaté que l’instruction menée dans le cadre de la première décision rendue par l’intimée le 17 juillet 2018 et de la décision sur opposition du 2 avril 2019 ne permettait pas de savoir si l’accident en cause avait ou non aggravé les troubles dégénératifs présentés par le recourant. Se posaient également la question d’une éventuelle lésion préexistante au niveau des muscles grand et moyen fessiers gauches ainsi que celle de la stabilisation de l’état de santé du recourant. Aux fins d’éclaircir la situation, la juridiction cantonale a donc renvoyé la cause à la CNA pour instruction complémentaire. L’instruction consécutive à ce renvoi a abouti à un rapport d’expertise de la Dre Y. _____ du 10 novembre 2022 sur le plan psychique et, sur le plan physique, à un rapport du 1^{er} décembre 2022 du Dr I. _____. Se fondant sur ces deux rapports, l’intimée a rendu une décision du 18 août 2023 niant au recourant le droit à une rente d’invalidité et lui octroyant une indemnité pour atteinte à l’intégrité de 10 %, décision confirmée ensuite par décision sur opposition du 26 février 2024. b) Il convient tout d’abord de constater que le rapport du Dr I. _____ du 1^{er} décembre 2022 a été établi en pleine connaissance de l’anamnèse, des antécédents médicaux, des rapports d’imagerie, du déroulement de l’accident, des plaintes du recourant et des rapports des médecins traitants. Les conclusions du Dr I. _____ ne sont pas contradictoires, elles sont claires et étayées. Ledit rapport remplit ainsi les requisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce que le recourant ne conteste pas. c) Il ressort du rapport du Dr I. _____ que le recourant a été victime d’une compression de l’hémi-bassin gauche entre son camion et une camionnette de livraison. Il est précisé qu’il a évité une fracture du bassin et/ou de la hanche gauche, ne subissant qu’une compression abdominale avec une lésion splénique de grade II, associée à un hématome de la fesse gauche. Sur le plan abdominal, l’évolution a été pleinement favorable, sans plus aucune séquelle depuis. Il n’en va toutefois pas de même concernant l’écrasement de la fesse gauche. En effet, après résorption de l’hématome, une souffrance du grand fessier a perduré qui s’est transformée en une amyotrophie avec dégénérescence graisseuse du tiers supérieur de ce muscle dans la région de son attache iliaque. Ainsi, on peut retenir comme séquelle de l’accident du 7 mars 2016 une atteinte partielle du grand fessier, qui entraîne une perte de stabilité à la marche et une petite boiterie (cf. pp. 26 et 27 du rapport du 1^{er} décembre 2022). Le Dr I. _____ a indiqué que le recourant présentait, avant l’accident, une hernie discale L5-S1 calcifiée sans compression radiculaire, une légère atteinte facettaire L4-L5 et L5-S1 dégénérative, un début de fusion dégénérative des sacro-iliaques des deux côtés et un syndrome dégénératif débutant fémoro-patellaire droit sur une ancienne atteinte ligamentaire liée à un accident de football en 1991 (cf. p. 29 du rapport du 1^{er} décembre 2022). Concernant la fesse gauche et les muscles fessiers, il n’y avait aucune atteinte significative préexistante. L’accident n’avait causé aucune aggravation d’états maladiques préexistants, si ce n’était peut-être transitoirement au niveau des petites atteintes dégénératives facettaires. S’agissant de la bursite révélée par l’IRM du 18 avril 2017 et de l’inflammation musculaire, le Dr I. _____ a constaté que les moyen et petit fessiers étaient totalement asymptomatiques, y compris à leur partie distale et qu’il n’y avait aucun signe de bursite pré-trochantérienne (cf. pp. 30-31 du rapport du 1^{er} décembre 2022). Il a encore exposé que l’état physique du recourant était stabilisé et que l’évolution était restée stagnante depuis la sortie de la Clinique G. _____ au moins. Il a précisé que les statu quo ante et quo sine ne pouvaient pas être définis dans la mesure où l’hématome du quadrant supéro-externe de la fesse gauche, qui avait entraîné une amyotrophie du grand fessier, était une lésion durable. Il a enfin attesté une pleine capacité de travail, depuis au moins la sortie

de la Clinique G. _____, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : alternance des postures, pas de déplacements trop fréquents, surtout sur des sols irréguliers, pas de montée et de descente fréquente des escaliers, pas de montée sur des échafaudages ou des échelles, pas de port de charges supérieures à 15 kg, port de charges partiel entre 10 et 15 kg et régulier entre 5 et 10 kg (cf. pp. 34-35 du rapport du 1^{er} décembre 2022). d) Aucune pièce médicale au dossier ne vient jeter le doute sur cette appréciation de la situation sur le plan somatique, que le recourant ne conteste au demeurant pas. En effet, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr I. _____ sont les mêmes que celles indiquées par les médecins de la Clinique G. _____ dans leur rapport du 10 novembre 2017, le Dr C. _____ dans son rapport du 9 juillet 2018 et dans le bilan médical du rapport du Service de l'emploi du 3 décembre 2018. Quant au Dr R. _____, il a mentionné les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg, port de charge limité à 5 kg, marche limitée, piétinement limité, position assise limitée avec changements de position régulier. Concernant la question de la stabilisation de la situation, le Dr L. _____ a retenu, dans son rapport du 10 janvier 2018, que la situation devait être considérée comme médicalement stabilisée. A cet égard, on relèvera que la stabilité de la situation avait déjà été mentionnée dans un rapport du 2 février 2017 du Dr M. _____ et dans le rapport des médecins de la Clinique G. _____ du 10 novembre 2017. S'agissant de la capacité de travail, le Dr L. _____ a indiqué qu'elle était complète sans aucune restriction spécifique dans une activité adaptée (cf. rapport du 10 janvier 2018), tout comme le Dr C. _____ dans son rapport du 9 juillet 2018 et la Dre P. _____ dans son rapport du 9 août 2019. Si la capacité de travail du recourant a été évaluée à 35 % par le Dr R. _____ et si une rente entière d'invalidité lui a été octroyée par l'OAI (cf. décision du 22 juillet 2021), on rappellera ici que, bien que la notion d'invalidité soit en principe identique en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents, il n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549), tout comme l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Il faut en effet tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Ainsi, l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans le cadre de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité tient compte de facteurs qui ne sauraient être pris en compte par la CNA, ce qu'a par ailleurs confirmé le Dr I. _____ qui a indiqué qu'il ne fallait pas tenir compte de facteurs psychosociaux pour définir une capacité de travail (cf. p. 28 du rapport du 1^{er} décembre 2022). Ce médecin a de plus expliqué les raisons pour lesquelles il se distancie des conclusions du Dr R. _____. Il a d'abord rappelé qu'il y avait eu un bilan complet neurologique avec ENMG réalisé par la Clinique G. _____ qui n'avait mis en évidence aucune atteinte radiculaire ou périphérique nerveuse, y compris du sciatique. Il a également constaté qu'au status, les signes de Lasègue n'étaient pas probants, que la palpation des points de Valleix ne correspondait pas à la zone douloureuse ressentie ainsi que plusieurs incohérences quant aux positions qui seraient plus ou moins douloureuses pour le recourant. Il en a conclu que la seule lésion objectivable encore présente était le moyen fessier et a finalement retenu les limitations qui avaient été attestées par la grande majorité de ses confrères. e) A la lumière de ce qui précède, il convient de confirmer la décision attaquée en tant qu'elle retient que, sur le plan somatique, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles. 8. a) Sur le plan psychique, le lien de causalité naturelle entre l'état de santé psychique du recourant et l'accident du 7 mars 2016, admis par la Dre Y. _____ (cf. p. 33 du rapport du 10 novembre 2022), ne fait l'objet d'aucune contestation. Elle a en effet relevé que la problématique centrale du recourant était le syndrome douloureux somatoforme persistant qui puisait sa genèse dans l'accident du 7 mars 2016, émettant l'hypothèse d'un lien entre un possible stress post-traumatique qui aurait évolué sur le plan somatique. Quant à l'épisode dépressif moyen, elle a considéré qu'il n'était pas en lien de causalité directe avec l'accident, mais qu'il était réactionnel au syndrome douloureux chronique. Il convient dès lors d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquat. b) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 précité consid. 3.3 et les références). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 147 V 207 consid. 5.2.2 et les références). Il est également admis de laisser ouverte la question de la causalité naturelle d'éventuels troubles psychiques dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1 ; 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C_567/2021 du 1^{er} décembre 2021 consid. 3.1). Enfin, il

appartient au juge seul, et non aux médecins, d'apprécier l'existence d'un rapport de causalité adéquate (ATF 107 V 176 consid. 4b). c) La gravité de l'accident du 7 mars 2016 doit être appréciée d'un point de vue objectif, sans s'attacher à la manière dont la personne assurée a ressenti et assumé le choc traumatique. Pour apprécier le degré de gravité d'un accident, seules sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. N'entre ainsi pas en considération le fait que c'est le physique trapu et la bonne musculature du recourant qui lui a évité une fracture du bassin ou de la hanche (cf. p. 26 du rapport du Dr I. _____ du 1^{er} décembre 2022). Il en va de même de l'argument du recourant selon lequel la Dre Y. _____ a classé l'accident dans la catégorie des accidents graves (cf. p. 3 de son opposition du 15 septembre 2023). Outre le fait que c'est le syndrome douloureux somatoforme persistant qui a été qualifié de grave (cf. p. 29 du rapport du 10 novembre 2022), son appréciation ne saurait être pertinente dans la mesure où le lien de causalité adéquate n'est pas une notion médicale, mais une question de nature juridique. Dans le cas d'espèce, le fait de se retrouver pris en étau entre deux véhicules peut être considéré comme violent et inattendu, voire relativement impressionnant. Toutefois, le déroulement de l'accident n'apparaît pas, du point de vue objectif, particulièrement dramatique. En effet, le deuxième véhicule n'était pas un 3.5 tonnes comme rapporté par le recourant mais une camionnette de livraison (cf. rapport du 1^{er} décembre 2022 du Dr I. _____). Celle-ci n'était pas en train de rouler lorsqu'elle a heurté le recourant mais se trouvait à l'arrêt à environ 50 cm du camion de ce dernier et a fait un à-coup en arrière. Enfin, le recourant n'a jamais perdu connaissance (cf. rapport de police du 18 mars 2016) et n'a pas subi de fracture ou lésion osseuse (cf. rapport d'IRM lombo-sacrée du 22 juin 2016), ce qui permet de confirmer objectivement que les forces en présence n'étaient pas telles que l'accident devrait être considéré comme un accident grave ou comme un accident de gravité moyenne à la limite des cas graves. Compte tenu de son déroulement, l'accident doit être qualifié de gravité moyenne stricto sensu. A cet égard, on relèvera encore que les circonstances de l'espèce sont sensiblement similaires à celles d'autres affaires qui ont été jugées comme étant de gravité moyenne stricto sensu par le Tribunal fédéral. Il s'agit notamment du cas cité par l'intimée dans lequel un assuré a été coincé entre un camion-bétonnière et un engin de manutention ayant entraîné un traumatisme thoracique contondant avec hémithorax droit, pneumomédiastin et fractures de la série de côtes (TF 8C_721/2011 du 11 novembre 2011). Il en va de même pour le cas d'une personne coincée entre un tracteur et une ensileuse à maïs ayant conduit à une plaie par écrasement du coude et des contusions thoraciques (TF 8C_981/2009 du 18 décembre 2009 consid. 4.2). d) Il reste dès lors à examiner si le recourant remplit au moins trois critères objectifs de gravité ou si l'un d'eux s'est manifesté de manière particulièrement marquante. aa) S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, il convient de rappeler que l'adoption de ce critère par la jurisprudence repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TF 8C_361/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.3.1 ; TF 8C_600/2020 du 3 mai

2021 consid. 4.2.3 et la référence citée). En l'occurrence, le recourant allègue que, en plus du fait que l'accident avait un potentiel mortel évident et que son patron et ses collègues ont hurlé lors de sa survenance, il a ressenti, au moment de l'accident, des angoisses de mort très intenses et a pensé que c'était le dernier jour de sa vie (cf. p. 20 du rapport du 10 novembre 2022 de la Dre Y. _____). Il a également relevé qu'il avait commencé à présenter des flash-backs et des cauchemars post-traumatiques, à ne plus supporter qu'on le touche ou lui effleure les fesses, qu'il ne supportait pas de voir des scènes d'accident à la télévision ou sursautait en entendant un bruit fort ou soudain et qu'il connaissait des symptômes anxieux de syndrome de stress post-traumatique (cf. pp. 21, 31 et 32 du rapport du 10 novembre 2022 de la Dre Y. _____). Ces sentiments d'angoisse ne sont toutefois pas déterminants car ils relèvent du ressenti subjectif de l'intéressé. De même, l'imprévisibilité de l'accident ainsi que le fait qu'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'origine post-traumatique, ait été établi par la Dre Y. _____ ne sont pas suffisants pour conclure que l'événement du 7 mars 2016 présenterait un caractère plus impressionnant que celui associé à tout accident de gravité moyenne. Il n'y a en outre pas eu de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques dès lors que seul le recourant a été blessé, puis transporté en ambulance au Centre hospitalier N. _____ afin d'y subir des examens médicaux sans qu'aucun des examens ultérieurs ne confirme la nécessité d'un geste chirurgical chez l'intéressé, hormis deux infiltrations en octobre 2016 et février 2017 (cf. rapport du 29 septembre 2018 du Dr B. _____). Au demeurant, même en admettant la réalisation de ce critère, il ne suffirait pas, à lui seul, pour admettre l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques, faute de revêtir une intensité particulière. bb) Pour ce qui est du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, il peut être retenu en présence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteinte à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références citées). En l'occurrence, le recourant a souffert d'une fracture splénique de grade II et des contusions qui n'ont pas mis en danger la vie et ne sont pas des lésions propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (ATF 140 V 356 consid. 5.5.1). Quand bien même le recourant subit des limitations à la marche (boiterie), le seuil de gravité qui pourrait justifier l'admission du critère n'apparaît pas atteint. En outre, le fait que des séquelles accidentelles imposent à l'assuré de changer de profession est insuffisant pour retenir ce critère (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.2). Enfin, les problèmes érectiles mis en avant par le recourant ne sont pas documentés, seules les médecins psychiatres en ont fait mention (cf. rapport du 10 novembre 2022 de la Dre Y. _____ et du 10 mai 2024 de la Dre A. _____), et ne suffisent de toute façon pas à retenir que le critère serait rempli. cc) En ce qui concerne le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il sied de relever que l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (ATF 148 V 138 consid. 5.3.1). En l'espèce, le traitement médical a été conservateur avec prise d'antalgiques et séances de physiothérapie ou de balnéothérapie (cf. rapports des 13 mai 2016, 2 février, 29 septembre 2017, 8 octobre 2018 et 14 janvier 2019 des Drs F. _____, M. _____, B. _____ et V. _____). Ainsi, ce critère n'est pas rempli, ce que le

recourant ne conteste au demeurant pas. dd) S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, il est nécessaire que les douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'occurrence, le recourant a connu des douleurs au niveau de la fesse gauche (cf. rapports des 2 février, 10 mars, 25 septembre 2017, 8 octobre 2018 et 14 janvier 2019 des Drs M._____, B._____ et V._____). La souffrance du grand fessier a perduré et s'est transformée en une amyotrophie avec dégénérescence graisseuse du tiers supérieur de ce muscle, dans la région de son attache iliaque (cf. p. 26 du rapport du 1^{er} décembre 2022 du Dr I._____). Ainsi, le recourant présente toujours des douleurs résiduelles qui n'ont jamais pu être éliminées durablement depuis l'accident du 7 mars 2016. En tant que ces douleurs peuvent être mises en lien avec une atteinte objective, respectivement avec une atteinte qui présente un rapport de causalité naturelle avec l'accident, ce critère peut être considéré comme réalisé, sans toutefois admettre qu'il revêtirait à lui seul une intensité suffisante pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate. En effet, les douleurs physiques ne font pas l'objet d'un suivi par un spécialiste de la douleur et les rapports médicaux versés au dossier ne font pas état d'un traitement spécifique contre la douleur dont l'étendue et la durée permettraient de retenir que le critère de l'intensité des douleurs serait réalisé au regard de la jurisprudence. L'importance de ce critère doit d'ailleurs être relativisée in casu, compte tenu des vraisemblables effets délétères de la problématique psychique qui se trouve au premier plan. A noter aussi que le recourant présente des atteintes d'origine dégénératives qui jouent également un rôle dans la survenance de ses difficultés. ee) Concernant le critère de l'existence d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, il faut constater que le traitement pour les séquelles physiques n'a été entaché d'aucune erreur médicale. Contrairement à ce que soutient le recourant, la prise en charge du recourant au niveau physique n'a pas été entachée d'erreur du fait que les médecins de la Clinique G._____ avaient fait état de soupçons de majoration des symptômes, de boiterie démonstrative et de tendance au catastrophisme. En effet, aucun des médecins ayant examiné le recourant n'a fait état d'exagération des symptômes, à moins qu'il ne l'ait lui-même constaté, comme le Dr C._____ qui a indiqué que l'examen clinique montrait des incohérences, la principale étant l'intensité élevée des plaintes et du handicap fonctionnel d'un côté et les anomalies objectives somme toute peu importantes d'un autre (cf. rapport du 9 juillet 2018). S'agissant des séquelles psychiques, le recourant allègue une erreur des médecins de la Clinique G._____ du fait de l'absence de tout suivi psychiatrique en se référant au rapport de la Dre Y._____. Or cette médecin n'a fait que regretter que le recourant n'ait pas eu, après l'accident, un soutien spécifique en psycho-traumatologie (cf. p. 29 du rapport du 10 novembre 2022) sans toutefois en déduire une erreur des médecins de la Clinique G._____. Au contraire, elle a indiqué que, dans ses débuts, la douleur psychique accompagnait la douleur somatique comme deux lignes parallèles interconnectées et qu'un syndrome de stress post-traumatique n'avait pas pu être diagnostiqué dès lors que le recourant n'avait pas fait état de ses cauchemars répétés et des flashbacks, son attention étant totalement focalisée sur ses douleurs physiques (cf. pp. 29-30 du rapport du 10 novembre 2022). L'avis du 10 mai 2024 de la Dre A._____ n'est d'aucun secours au recourant dans la mesure où elle reproche aux médecins de la Clinique G._____ de n'avoir pas posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique tout en admettant n'avoir

pas elle-même eu le réflexe de rechercher de manière plus soutenue les symptômes d'un tel diagnostic. Ainsi, le critère n'est pas rempli. ff) Quant au critère relatif aux difficultés apparues durant la guérison et des complications importantes, la jurisprudence a précisé qu'il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé ni même de rétablir une capacité de travail entière (TF 8C_613/2019 du 17 septembre 2020 consid. 6.4.3 et les références citées). L'échec de certains traitements isolés et la persistance de certains troubles ne sont donc pas suffisants pour admettre des difficultés lors du processus de guérison (TF 8C_400/2020 du 14 avril 2021 consid. 4). Rien n'indique en l'occurrence que le recourant aurait été confronté à des complications particulières. Le fait que l'une des infiltrations n'ait apporté aucune amélioration ne suffit pas à conduire à l'admission de ce critère, ni par ailleurs le fait que le recourant subisse une lésion durable (cf. p. 30 du rapport du 1^{er} décembre 2022 du Dr I. _____). On relèvera encore que le recourant n'a plus été suivi par le Centre hospitalier N. _____ dès le mois de juin 2017 (cf. rapport du 25 septembre 2017 du Dr B. _____). gg) Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne se mesurent pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, ce critère n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2), étant rappelé que l'intéressé doit faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.3.4 ; TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4 et les références). En l'occurrence, le Dr I. _____ a attesté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au moins depuis la sortie de la Clinique G. _____ (cf. p. 35 du rapport du 1^{er} décembre 2022), soit depuis le 8 novembre 2017, époque où les Drs L. _____ et C. _____ retenaient également une capacité de travail entière dans une activité adaptée (cf. rapports des 10 janvier et 9 juillet 2018). On relèvera encore que la Dre Y. _____ a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 20 à 30 % dans une activité adaptée et qu'elle a précisé que, sur le plan psychiatrique, le degré d'incapacité de travail n'avait pas beaucoup évolué depuis l'accident. La Dre A. _____ a expliqué que lorsque le recourant était venu la consulter en août 2018, les symptômes dépressifs étaient si forts qu'ils occupaient le premier plan du tableau clinique, en reléguant les symptômes liés au stress post-traumatique à l'arrière-plan. Quant à la Dre V. _____, elle a indiqué, dans son courriel du 11 juin 2024, qu'un traitement antidépresseur avait été introduit en début d'année 2018 du fait d'une baisse de la thymie du recourant. Ainsi, dans la mesure où les troubles de nature psychogène ont eu relativement tôt un rôle prédominant sur l'état de santé de l'intéressé, l'existence du critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques doit être niée (cf. TF 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.5.2.3). e) En définitive, même en retenant le critère des douleurs physiques persistantes et en admettant que le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident serait réalisé, ils ne revêtent pas une intensité suffisante pour permettre à eux seuls de considérer qu'un lien de causalité adéquate existerait entre les troubles psychiques du recourant et l'accident du 7 mars 2016. En outre, deux critères ne suffisent pas dès lors que la jurisprudence en demande trois. Dès lors, il n'appartient pas à l'intimée de prendre en charge, au titre de

l'assurance-accidents, les troubles psychiques que le recourant a présenté dans les suites de son accident. 9. Il reste encore à examiner le dossier sous l'angle économique et à déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa). c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2). d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). f) aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les

adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). g) En l'espèce, le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimée n'est pas contesté par le recourant et peut être confirmé. Il peut être relevé que c'est à juste titre que le revenu sans invalidité a été déterminé sur la base des indications fournies par l'employeur (cf. courrier du 6 avril 2018) et fixé à [4'950 fr. x 13 =] 64'350 francs. Quant au revenu d'invalidité, l'intimée était fondée de se référer aux données de l'ESS 2018, étant donné que le recourant n'a jamais repris d'activité lucrative. Elle a ainsi pris en compte le revenu auquel peut prétendre les hommes avec le niveau de compétence 1, soit un montant mensuel de 5'417 francs. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, ce revenu doit être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises, soit 41,7 heures. Le revenu annuel brut s'élève à 67'766 fr. 67. Après abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles imputables à l'accident, il s'ensuit que le montant du revenu d'invalidité doit être fixé à 64'378 fr. 34. Le salaire d'invalidité (64'378 fr.) étant supérieur au salaire sans invalidité (64'350 fr.), le recourant ne subit pas de perte de gain du fait de l'accident, et ne peut dès lors pas se voir allouer une rente d'invalidité. L'intimée était par conséquent fondée à nier le droit à une rente, le degré d'invalidité du recourant n'atteignant pas le seuil de 10 % ouvrant le droit à une telle prestation. 10. En dernier lieu, il convient d'examiner la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée par l'intimée à concurrence de 10 %. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) Dans son rapport du 1^{er} décembre 2022, le Dr I. _____ a indiqué qu'il ne pouvait que se référer à l'estimation de la Dre P. _____, qui, par analogie à une parésie du nerf fessier ou un raccourcissement du membre inférieur de 3-4 cm, avait admis un taux de 10 %. Il ressort en effet du rapport du 9 août 2019 de la Dre P. _____ qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % peut être admise en se basant sur le barème d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA et en prenant en compte par analogie une paralysie du nerf fessier - table 2 du dit barème ou encore un raccourcissement du membre inférieur de 3-4 cm (cf. p. 15 du rapport). Cette estimation n'est au demeurant remise en cause par aucun avis médical versé au dossier. Le recourant ne l'a par ailleurs pas contestée dans le cadre de son recours. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a fixé à 10 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle le recourant a droit. 11. Il faut enfin constater que le recourant n'a pas formellement conclu à la mise en œuvre d'un complément d'instruction sur le plan psychiatrique, comme il l'avait fait dans son opposition du 15 septembre 2023. Quoi qu'il en soit, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction n'est de toute façon pas nécessaire et doit être rejeté sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). 12. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 26 février 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Philippe Graf (pour D. _____), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.