

## VD\_FINDINFO AA 80/11 - 4/2015 vom 13. Januar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-01-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_80\\_11\\_-\\_4\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_80_11_-_4_2015)

FR: VD\_FINDINFO AA 80/11 - 4/2015 du 13 janvier 2015

IT: VD\_FINDINFO AA 80/11 - 4/2015 del 13 gennaio 2015

### Regeste

LÉSION DE L'OEIL, ACCIDENT, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ACCIDENT PROFESSIONNEL, ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, DÉCISION DE RENVOI, REVENU SANS INVALIDITÉ | 6 LAA, 4 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 26.02.2015 (publié) AA 80/11 - 4/2015

LÉSION DE L'OEIL, ACCIDENT, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ACCIDENT PROFESSIONNEL, ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, DÉCISION DE RENVOI, REVENU SANS INVALIDITÉ | 6 LAA, 4 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 80/11 - 4/2015 ZA11.033622 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 13 janvier 2015 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Merz Juges : Mme Pasche et M. Berthoud, assesseur Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : R. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. \_\_\_\_\_ Art. 6 LAA E n f a i t : A. a) R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, a travaillé depuis 1999 en qualité de mécanicien auprès de l'entreprise M. \_\_\_\_\_ SA, à Lausanne, qui l'a assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) contre les suites d'accidents professionnels et non professionnels. Le 17 mai 2003, l'assuré a été victime d'une chute dans le cadre de son travail. Selon la déclaration d'accident LAA remplie le 20 mai 2003 par l'employeur, "en soudant un tuyau au sommet du camion-pompe, [il] a glissé et est tombé sur le sol". L'assuré a subi une rupture complète du tendon sous-scapulaire gauche, qui a été opérée par voie chirurgicale le 15 juillet 2003 par le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans un certificat médical du 26 janvier 2004 destiné à l'employeur, le Dr A. \_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail à 50% (sans port de charges) dès le 26 janvier 2004. Dans un rapport du 27 janvier 2004 à l'intention du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin conseil de la CNA, le Dr A. \_\_\_\_\_ a indiqué une reprise du travail à 20% sans port de charge. En raison d'une nouvelle déchirure de la coiffe des rotateurs, l'assuré a subi une deuxième opération le 10 décembre 2004. Il a été opéré une troisième fois le 4 octobre 2005 par le Prof. V. \_\_\_\_\_, directeur médical de l'orthopédie à la clinique universitaire de E. \_\_\_\_\_, à Zurich. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 8 mai 2006 et constaté que l'épaule restait douloureuse avec une importante limitation des amplitudes. La CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité

(IPAI) à 15%. Dans un rapport du 2 mai 2006, le Dr B. \_\_\_\_\_, du Centre médical I. \_\_\_\_\_, a fait état d'une situation complètement dépassée du point de vue chirurgical, avec un échec complet de la thérapie; ce médecin fixait la capacité théorique de travail à 50%. Il ressort d'un rapport CNA établi le 11 octobre 2004 après entretien avec le directeur de l'entreprise de l'assuré que celui-ci gagnait un salaire mensuel brut en 2003 de 5'650 fr. (treize fois l'an), augmenté en 2004 à 5'800 fr. (treize fois l'an). Un rapport CNA du 26 mai 2005 indique une augmentation en 2005 à 5'900 fr. (treize fois l'an). Une attestation établie le 20 avril 2006 par l'employeur établit un salaire mensuel de 6'000 fr. en 2006 (qu'on trouve aussi dans un rapport CNA du 9 juin 2006). b) Alors que la CNA versait à l'assuré, suite à l'accident du 17 mai 2003, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006, une rente d'invalidité de 21%, se montant à 1'026 fr. par mois (cf. lettre CNA du 25 octobre 2006 à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après : l'OAI]), l'assuré a été victime le 23 avril 2007 d'un second accident professionnel. En raison de la pression dans un tuyau sous pression d'huile qui s'est soudain détaché, il a subi une plaie au bras droit, une fracture de l'orbite et une perforation de l'œil droit. La Dresse Y. \_\_\_\_\_, chef de clinique à l'Hôpital ophtalmique O. \_\_\_\_\_, a opéré l'assuré le même jour, en posant le diagnostic: "Plaie palpébrale inférieure transfixiante, plaie perforante du globe. Plaie étoilée à la racine du nez" et en constatant notamment une fracture du nez. Un rapport CNA établi le 27 juin 2007 après un entretien avec l'assuré décrit les faits comme il suit : "Le 23.04.07 à l'atelier, a dévissé un raccord du système hydraulique qui commande le chargement de bennes sur un camion. Comme il le fait habituellement, a dévissé d'un tour et demi la bague de serrage afin de faire tomber la pression. Pensait pouvoir continuer à dévisser la bague du tuyau, penché en avant, tendant le tuyau de la main gauche, dévissant la bague avec une clé de la main droite. Or, de la pression est restée dans le flexible métallique. Le tuyau s'est soudain détaché, lui échappant de sa main gauche, revenant en arrière pour le heurter sur le biceps droit tout en remontant ensuite jusqu'à son œil droit. Il semble que ce ne soit pas l'huile sous pression qui lui ait lésé l'œil droit mais bien la bague métallique. Affirme qu'il s'est produit comme une explosion." Le 26 novembre 2007, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin-associé à l'Hôpital ophtalmique O. \_\_\_\_\_, a prévu des investigations prochaines en chirurgie maxillo-faciale à l'Hôpital U. \_\_\_\_\_ avec un scanner à la recherche d'une éventuelle fracture et indiqué que, sur le plan ophtalmologique, le patient était alors stabilisé. Dans un rapport établi le 28 mars 2008 par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, à l'intention du Dr S. \_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, on peut lire : "En 2003 il avait été victime d'un accident responsable d'une rupture de la coiffe des rotateurs qui a nécessité plusieurs interventions (...). L'évolution a été partiellement favorable. Dans ce contexte, il y a eu une réévaluation de ses capacités professionnelles et c'est alors qu'est survenu un nouvel accident en 2007, responsable d'une lésion de la face interne du bras droit et surtout de la perte de l'œil droit. Il est prévu, maintenant que la prothèse oculaire est mise en place, une reconstruction de l'orbite droite vu qu'il y a une fracture qui semble avoir été diagnostiquée tardivement. Toujours est-il que depuis l'accident de 2007 il se plaint de douleurs céphaliques antérieures, s'étendant postérieurement, prédominant à gauche, non pulsatiles, parfois insomniantes, survenant par crise de 24 heures, associées à une photophobie et une phonophobie mais sans autres symptômes irritatifs ou déficitaires d'accompagnement. (...) L'examen neurologique, hormis la cécité droite et de discrètes séquelles sensitives et motrices proximale au niveau du membre supérieur droit, est sans particularité." En réponse aux questions de la CNA, le Dr A.A. \_\_\_\_\_, alors médecin assistant auprès du département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital U. \_\_\_\_\_,

a diagnostiqué le 23 avril 2008 : "Plaie avant-bras droit. Perte de vue de l'œil droit" et indiqué que l'évolution, dans un premier temps favorable, était stationnaire depuis plusieurs mois, le patient se plaignant d'une douleur au niveau cicatriciel distal et d'une douleur à la mobilisation de son coude; la mobilisation était complète et aucun arrêt de travail n'avait été prescrit. Dans un rapport adressé le 27 mai 2008 à la CNA, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a constaté que l'assuré présentait un état de stress post-traumatique (F43.1) selon la CIM-10 consécutif à l'accident de travail d'avril 2007, que l'assuré n'avait pas fait le deuil de son œil, ne supportait pas son image, ne parvenait pas à se projeter dans l'avenir (professionnel ou affectif), tendait à se replier sur lui-même et se percevait comme un homme brisé, si bien qu'il avait besoin d'un traitement de soutien pendant un an au moins. Cette médecin a souligné qu'il n'y avait aucun doute quant au fait que les troubles psychiatriques présentés par l'assuré étaient directement consécutifs à son accident de travail d'avril 2007 et relevé qu'avant son accident, celui-ci n'avait jamais présenté de troubles psychologiques ni de signes pouvant évoquer un trouble de la personnalité. Le 26 mai 2008, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, de la division maxillo-faciale de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_, ont indiqué au Dr S.\_\_\_\_\_ que l'intervention suivante avait eu lieu le 19 mai 2008 : "Correction d'un énoptalme œil droit par une grille en titane au niveau du plancher orbitaire", le patient ayant pu regagner son domicile le lendemain de l'opération. Dans un rapport CNA du 18 juillet 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, a admis une atteinte à l'intégrité de 35% pour la perte de l'œil droit, en se fondant sur la table 11 (30% pour la perte de vision d'un côté, 5% pour le dommage cosmétique dû au port de la prothèse). Au cours d'un entretien du 25 août 2008 avec un représentant de la CNA, l'assuré a déclaré notamment : "Suite à l'accident du 23.04.07, j'ai souffert d'une fracture du plancher orbital droit, lésion qui a nécessité la mise en place d'une grille en titane le 19.05.08. Malgré cela, mon œil a tendance à partir vers le haut. Il s'agissait plutôt d'une intervention esthétique. En ce qui concerne l'œil proprement dit, il est remplacé par une prothèse. Je n'ai plus aucune vision de cet œil. (...) L'adaptation à une vision monoculaire n'est pas facile pour moi. Je suis sujet, par moments, à des crises soudaines de maux de tête, partant des yeux, pour remonter vers l'arrière du crâne. Cela n'est pas dû à la mise en place de la grille mais remonte à l'accident. Une empreinte pour une nouvelle prothèse doit être faite prochainement. Lors de ce même accident, j'ai subi un choc de l'extrémité du tube que je dévissais sur le biceps droit, qui présentait comme un trou, avec perforation du muscle. A l'Hôpital U.\_\_\_\_\_, on m'a opéré le haut du bras droit, pour ablation d'une partie du muscle en question sans plastie. On s'est contenté, à ce que j'ai appris, de me sectionner un bout du muscle puis on a recousu, ce qui n'a pas été mentionné dans le rapport de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_. J'ai suivi bien des séances d'ergothérapie, traitement encore en cours, du fait que je n'avais plus de sensibilité dans les trois derniers doigts droits, mais ce trouble persiste. Quant au pouce, il a récupéré les sensations, ce qui n'était pas le cas au début. L'électro-stimulation est nécessaire encore pour récupérer une extension complète de mon bras droit. (...) Sur le plan psychique, je reste suivi environ tous les 10 jours par le Dresse D.\_\_\_\_\_ pour des entretiens. Le contact est bon. J'ignore la durée prévue pour ce traitement. Il ne m'est pas possible de dire ce qui a déjà été acquis et où j'en suis vraiment. Il y a toutefois un mieux par rapport à la situation qui prévalait peu après mon 2<sup>e</sup> accident. Pour ce qui concerne les suites de mon accident du 17.05.03 (...), je poursuis de la physio pour mon épaule gauche au Centre médical I.\_\_\_\_\_, 2 fois par semaine, car il subsiste des craquements à l'élévation du bras gauche, douleurs parfois insomniantes. Bien que droitier, je suis bien handicapé

actuellement pour reprendre de l'activité dans mon métier, étant touché aussi bien à l'épaule gauche qu'au haut du bras droit, avec manque de force et limitation de la mobilité des deux côtés, avec en plus une vision monoculaire. Mon incapacité est toujours totale, un certificat de l'Hôpital ophtalmique O. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité totale jusqu'au 11.09.08.

Intentions: (...) Dans mon état, je passe par des moments d'angoisse en ce qui concerne mon avenir et mes possibilités de m'en sortir financièrement. J'ai en plus des soucis d'ordre familial, mon amie étant enceinte de moi." Dans un rapport médical intermédiaire du 30 septembre 2008 à l'intention de la CNA, le secrétariat de la Polyclinique de l'Hôpital U. \_\_\_\_\_ a constaté la perte irréversible de l'œil droit, en précisant : "séquelles au niveau du membre supérieur droit encore à définir de manière définitive", et exposé : "1.

Diagnostic - Plaie profonde de la face antérieure du bras droit. - Plaie transfixiante de l'œil droit avec perte de l'œil droit. - Etat de stress post-traumatique aigu. 2. Evolution

a) (...) Au niveau du biceps, le patient déclare une perte de force de 50%. Il présente des douleurs en hyper-extension et en supination forcée. Le patient ne présente pas de douleur au niveau de la cicatrice, mais quelques boutons occasionnels. Au niveau de la sensibilité, légère amélioration au niveau du pouce. Au niveau du status, la cicatrice est calme, pas de signe de Tinel. (...) 3. Thérapie a) Traitement en cours : Ergothérapie

selon proposition de la Dresse [...] du service de CPR, avec qui nous avons vu le patient en commun le 20.02.08." Dans un rapport du 3 novembre 2008, le Dr H. \_\_\_\_\_,

responsable de l'unité nerf-muscle de l'Hôpital U. \_\_\_\_\_, a indiqué que l'assuré présentait les signes cliniques et électrophysiologiques compatibles avec un syndrome du tunnel carpien pour lequel il n'existait, à son avis, aucune relation avec le traumatisme de juillet 2007 (sic). Dans un rapport du 25 novembre 2008, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a répété que l'assuré souffrait d'un syndrome post traumatique et constaté une lente évolution favorable, en précisant : "Les symptômes dépressifs et anxieux sont encore sévères et entretenus par les problèmes somatiques qui ne sont pas encore stabilisés (plastie de l'orbite, adaptation difficile de la prothèse, possibilité d'une nouvelle intervention etc. ...) et les problèmes asséurologiques; l'insécurité, les craintes pour l'avenir réactivent des sentiments d'impuissance et de colère." Le 18 décembre 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, du Service psychiatrique des assurances de la CNA, a écrit : "J'ai pris connaissance de ce dossier. Les troubles psychiques que présente cet assuré sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 24 avril 2007. Le traitement psychiatrique doit se poursuivre pour une durée encore indéterminée. (...)" Le 28 janvier 2009, le Dr

T. \_\_\_\_\_, alors chef de clinique auprès du département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital U. \_\_\_\_\_, a écrit à la CNA qu'au niveau orthopédique, le traitement était apparemment terminé depuis le 3 septembre 2008. Par courrier du 10 février 2009, le Dr

S. \_\_\_\_\_ a répondu au conseil de l'assuré que l'incapacité de travail à 100% était due à l'accident du 23 avril 2007, indépendamment de l'accident précédent, que, sur le plan

psychologique, l'assuré "très courageux, est très atteint par son affection oculaire (la perte d'un œil est extrêmement grave)" et que celui-ci était particulièrement découragé par l'attitude des assurances et de l'ex-employeur. Dans un rapport du 26 février 2009, la Dresse

D. \_\_\_\_\_ s'est référée "dans les grandes lignes" à son rapport du 25 novembre 2008, en indiquant que l'assuré présentait toujours des symptômes dépressifs et anxieux sévères, restait rétréci sur ses difficultés, ses multiples problèmes de santé, l'incertitude face à l'avenir et tendait à ruminer inlassablement les circonstances de l'accident; il restait difficile pour lui de se projeter dans l'avenir alors qu'il attendait "encore une intervention sur son orbite et une adaptation de sa prothèse". L'état de santé n'était alors toujours pas stabilisé.

Le 13 mai 2009, l'assuré a subi une "correction d'une enophtalmie de l'œil droit par une grille en titane au niveau de la paroi latérale de l'orbite à droite" à la division de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 13 juillet 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a répondu au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main au Centre médical I.\_\_\_\_\_, que, lors du traumatisme du 23 avril 2007, l'examen laissait supposer "une contrainte sur le tronc du médian à la hauteur du tiers distal du bras, et pas seulement sur le nerf cutané antébrachial; c'est peut-être cela qui a décompensé la symptomatologie paresthésique dans le territoire du nerf médian, entraînant un syndrome de double crush" et qu'il y avait "de fortes chances pour que le patient soit soulagé après une décompression chirurgicale du médian dans le tunnel carpien". Dans un rapport du 17 novembre 2009 faisant suite à un examen du même jour, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a diagnostiqué une "plaie délabrante du bras droit", une perte complète de vision de l'œil droit "et une possible atteinte nerveuse périphérique sous forme d'un syndrome du tunnel carpien atypique ainsi qu'une lésion du nerf cutané antébrachial", des troubles anxio-dépressifs ainsi qu'une ancienne fracture de la clavicule droite traitée conservativement. Il a noté que le patient soulignait "tout le temps et de manière répétitive les circonstances "dramatiques" qui ont suivi l'accident (j'étais en train de mourir, le sang coulait partout, etc.)", avec des plaintes subjectives concentrées sur la perte de la vue à droite. Ce médecin a notamment exposé : " Objectivement , l'œil droit est fixe, les battements de paupières sont réduits. Bonne mobilité de tout le MSD [réd. : membre supérieur droit] qui ne présente pas d'atrophie d'importance. Cicatrisation obtenue, assez disgracieuse dans la partie antérieure du biceps. Force de flexion bien conservée. La recherche de la sensibilité cutanée est donnée comme hypoesthésique sur tout l'avant-bras côté palmaire ainsi que sur la pulpe du pouce et des doigts 4 et 5, l'index et le medius n'étant pas mis en cause. (...) Au niveau de l'épaule gauche, la mobilité est restreinte à l'horizontale en flexion et en abduction, la force de serrage de la main est diminuée, il n'y a pas d'atrophie majeure au niveau de l'avant-bras et du bras. Du point de vue assécurologique , j'ai l'impression que l'activité d'ouvrier dans une entreprise de transport est définitivement compromise. Me basant sur l'examen neurologique du Dr W.\_\_\_\_\_, je suggère de prendre en charge les éventuelles mesures thérapeutiques ultérieures au niveau du poignet et de la main droite. Je ne considère pas encore que la situation est stabilisée. Je propose de laisser une période de réflexion complémentaire à notre assuré jusqu'à fin janvier 2010. Passé ce délai, en l'absence d'acceptation de mesures thérapeutiques complémentaires, il faudra se prononcer sur une exigibilité. Elle devra éviter les travaux en force avec les MS [réd. : membres supérieurs], les travaux en hauteur, les travaux répétitifs, particulièrement avec le bras gauche. On peut estimer le port de charges à un maximum de 15 kg près du corps, 5 kg en position éloignée. Il faudra également tenir compte de la restriction du champ visuel global, qui est également définitive. Ce qui précède vaut aussi pour le côté somatique. Je ne me prononce pas sur le problème des troubles anxio-dépressifs qui doit faire l'objet d'une appréciation spécialisée." Dans un rapport du 14 mai 2010, le Prof. P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, a écrit au Dr S.\_\_\_\_\_ notamment ce qui suit : "Comme le patient n'a aucune difficulté dans les gestes de la vie courante et que sa plainte concerne surtout les paresthésies dans le territoire du nerf cubital, nous avons convenu avec lui de ne rien entreprendre pour l'instant, notamment si l'on se réfère aux lésions décrites sur l'IRM et qui n'ont pas de traduction clinique." c) Par jugement du 3 juin 2010, le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de

Lausanne a condamné l'employeur de l'assuré à une amende de 50'000 fr. pour lésions corporelles graves par négligence en considérant notamment ce qui suit : "2.7 Lorsque le tuyau s'est désolidarisé du raccord, celui-ci a violemment frappé R. \_\_\_\_\_ au niveau de son biceps droit avant de revenir en arrière et de le frapper à nouveau au niveau de l'œil droit. Le plaignant a subi des lésions du nerf cutané antéro-brachial et du muscle biceps ainsi qu'une plaie perforante de l'œil droit. Il fait l'objet d'un suivi psychiatrique en raison de symptômes dépressifs et anxieux (syndrome post-traumatique), entretenus par ses problèmes somatiques liés à l'énucléation de l'orbite de son œil droit, à l'adaptation difficile de sa prothèse oculaire, ainsi qu'aux problèmes liés à l'amputation partielle de son biceps notamment. Les lésions subies par R. \_\_\_\_\_ sont graves. C'est indiscutable et du reste non discuté. Elles ont un caractère permanent et concernent s'agissant de l'œil du plaignant un organe d'une importance évidente. La perte de cet œil a des conséquences irrémédiables sur la qualité de vie de la victime qui s'en trouve considérablement amoindrie." d) A la suite de l'examen médical final du 28 juillet 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé ce qui suit : "La situation semble stabilisée. Du point de vue assécurologique, le patient n'a probablement plus une capacité de travail importante dans son activité habituelle, si cette dernière n'est pas largement aménagée. Du point de vue de l'exigibilité, exclusivement en ce qui concerne l'aspect somatique, le patient a une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, c'est-à-dire dans une activité ne nécessitant pas une vision binoculaire, sans travaux de force avec les MS, sans travaux nécessitant d'élever le MSG au dessus du niveau de ses épaules, sans mouvements répétitifs avec le MSG, sans mouvements répétitifs avec l'avant-bras et la main D, sans mouvements de pro-supination nécessitant une force de plus de 5 kg avec la main D, sans port de charges de plus de 10 kg près du corps et 5 kg en position éloignée du corps. Les 20% d'incapacité de travail dans une activité adaptée sont dus à la baisse de rendement résultant des douleurs de base que ressent le patient. La prise en charge d'éventuelles mesures thérapeutiques ultérieures au niveau du poignet et de la main droite seront à notre charge. La prise en charge de contrôles oculaires réguliers de l'œil restant est également à notre charge (risque plus élevé de névrite du nerf optique de l'œil restant)." Le 5 août 2010, l'employeur de l'assuré a répondu à la CNA que le salaire mensuel de base aurait été de 6'000 fr. (treize fois l'an) en 2006 et 2007 sans la survenance de l'accident de 2003, à savoir en pleine possession de ses moyens. Le 6 septembre 2010, il a indiqué le même salaire pour 2010, "éventuellement indexé au coût de la vie depuis 2007/2008", si l'assuré avait encore été à son service et en pleine possession de ses moyens. Dans un rapport du 25 novembre 2010 adressé au conseil de l'assuré, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a formulé ce qui suit : "Diagnostic: Modification durable de la personnalité comme complication d'un syndrome de stress post-traumatique F 62.8 Discussion : Durant les 3 années durant lesquelles j'ai suivi Monsieur R. \_\_\_\_\_, j'ai tenté de l'aider à faire le deuil de son œil, de l'aider à accepter son handicap, à utiliser ses ressources pour se projeter à nouveau dans l'avenir, à faire le bilan de ses compétences pour penser son avenir professionnel. Monsieur R. \_\_\_\_\_ en est malheureusement aujourd'hui incapable. Il reste enfermé dans une perception de lui-même et du monde altérées. Il ne se reconnaît plus et son entourage non plus; il n'est plus l'homme passionné, sportif, heureux, amoureux et plein de projets qu'il était avant son accident. Il se sent brisé, sans avenir. En conclusion, le syndrome de stress post-traumatique lié à l'accident dont il a été victime, aggravé par les procédures médicales multiples et décevantes, par les procédures pénales qui lui ont fait revivre cet événement, par les tracasseries assécurologiques, a laissé place aujourd'hui à une modification durable

de la personnalité. L'importance de ces séquelles ne lui permettent pas aujourd'hui de travailler." L'assuré a subi le 22 novembre 2010, en traitement ambulatoire, une intervention à son œil droit ("lipo-feeling palpébral droit, AMO partielle plancher orbitaire droit"; cf. rapport du 24 novembre 2010 des Drs [...], spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, et [...], médecin assistant, de la division de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital U.\_\_\_\_\_). Par certificat médical adressé le 16 décembre 2010 à la CNA, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin associé à l'Hôpital ophtalmique O.\_\_\_\_\_, a observé : "Ce patient est porteur d'une prothèse oculaire droite sur un œil atrophique suite à son traumatisme. Je note que chez ce patient la seule façon de faire accepter la prothèse dans cette cavité, étant donné la sécheresse et la présence de l'œil atrophique sous-jacent, est le lavage 2x/jour par du sérum physiologique stérile. Ce traitement permet d'obtenir un état satisfaisant de sa cavité orbitaire. C'est pourquoi je vous demande de prendre en charge ce traitement qui semble très bénéfique chez ce patient." B. Par décision du 21 décembre 2010, la CNA a considéré que les accidents des 23 avril 2007 et 17 mai 2003 donnaient droit aux prestations suivantes: " Rente d'invalidité Les droits résultant de plusieurs accidents doivent être joints. Les investigations sur le plan économique et médical mettent en évidence une diminution globale de la capacité de gagner de 48.00%. Le gain assuré se monte à CHF 78'455.00. Les prestations de la Suva se montent à :

	Du	Au	Incapacité	Rente All.	de gain
mensuelle					
rench. %			CHF	CHF	
	01.01.2011	48	2510.55	72.80	(...)

Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, qu'en dépit des seules séquelles des accidents assurés, M. R.\_\_\_\_\_ peut encore exercer des activités légères ne mettant pas trop à contribution son bras droit ni ne demandant une acuité visuelle importante. De telles activités sont médicalement exigibles la journée entière mais nous admettons une baisse de rendement de 20% pour tenir compte des douleurs que ressent encore M. R.\_\_\_\_\_. De telles activités pourraient rapporter à votre client un salaire résiduel d'env. CHF 3619.00 (part du 13 ème salaire et baisse de rendement comprises). Comparé au gain de CHF 6953.00 réalisable sans les accidents, il en résulte une perte de 48%. Nous allouons dès lors une rente d'invalidité conforme à ce taux. (...) Il ressort des éléments d'appréciation dont nous disposons que les troubles psychogènes ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. C'est pourquoi, un droit à des prestations n'existe pas. (...) Indemnité pour atteinte à l'intégrité Compte tenu de l'appréciation médicale, il résulte une atteinte à l'intégrité de 40.5%. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se calcule comme suit:

Accident du	Gain annuel	Diminution de	Indemnité
pour l'intégrité	atteinte à l'intégrité	CHF %	CHF
106'800.00	15 16'020.00	23.04.2007	106'800.00 25.5 27'234.00 40.5
			43'254.00"

C. Par lettre du 27 janvier 2011, le conseil de l'assuré a fait opposition à cette décision en concluant à ce qu'une invalidité totale soit reconnue pour le motif que dans toutes les professions de substitution (secteur artisanal et industriel des machines), il faut une vision binoculaire et de la force dans les membres supérieurs; en outre, compte tenu de compétences excellentes comme mécanicien, de l'expérience et l'âge de l'assuré, le revenu d'invalidité doit être fixé sur la base d'un revenu de 110'000 fr. par année. Par ailleurs, il a demandé qu'il soit tenu compte de l'atteinte psychique dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par décision sur opposition du 18 juillet 2011, la CNA a admis partiellement l'opposition en ce sens que l'assuré a droit à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 44,75% (après pondération, pour tenir compte du dommage esthétique en relation avec la perte de l'œil droit, selon l'appréciation du 18 juillet 2008 du Dr J.\_\_\_\_\_), l'opposition étant rejetée pour le surplus. La CNA a considéré en bref que

les troubles psychiques diagnostiqués par la Dresse D. \_\_\_\_\_ ne remplissaient pas les conditions posées par la jurisprudence (ATF 115 V 138) pour être mis en relation de causalité adéquate (la question de la causalité naturelle pouvant ainsi demeurer indécise) avec l'accident du 23 avril 2007 : l'accident n'a pas été de nature particulièrement impressionnante ou dramatique, la vie de l'assuré n'ayant pas été mise objectivement en danger, sans circonstances concomitantes particulièrement dramatiques; aucune erreur médicale, ni difficulté ni complication n'ont compromis la guérison, l'évolution des suites organiques de l'accident ayant été satisfaisante; la durée du traitement médical pour les seuls problèmes somatiques n'a pas été longue; le critère des douleurs physiques persistantes n'a pas été rempli; dès lors, seuls les critères de la nature particulière de la lésion physique subie "méritent quelque attention", soit celle à l'œil droit, l'atteinte au bras droit n'étant pas propre à entraîner des troubles de la sphère psychique, ainsi que la durée/degré de l'incapacité de travail; toutefois, ils ne sont pas remplis de manière suffisamment frappante pour faire admettre à eux seuls l'existence d'un lien de causalité adéquate, si bien que la CNA n'a pas à répondre des troubles psychiques de l'assuré. Dès lors, la CNA a examiné la perte de gain subie par l'assuré en tenant compte seulement des séquelles organiques accidentelles. Sur le plan économique, l'assuré peut réaliser un revenu mensuel moyen de l'ordre de 3'619 fr. (compte tenu d'une baisse de rendement de 20% reconnue médicalement), déterminé sur la base de cinq descriptions de postes de travail (DPT). Le revenu de valide a été fixé à quelque 6'963 fr. (alors que l'ancien employeur atteste d'un montant de 6'500 fr.). La comparaison entre le revenu exigible d'invalidé et le salaire présumable de valide fait donc ressortir une perte de l'ordre de 48%. D. Par acte du 8 septembre 2011, le conseil de R. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité de 100%, calculée à partir d'un gain assuré d'au moins 117'682 fr., et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité non inférieure à 70%. Il a exposé en bref que l'accident de 2007 avait entraîné la privation brutale de l'œil droit, des opérations consécutives, notamment sur le plan maxillo-facial, une atteinte importante au membre supérieur droit et au poignet, avec diminution de la sensibilité de la main ainsi que de la force du bras, et surtout une atteinte psychique sous forme de syndrome de stress post-traumatique et modification durable de la personnalité. Selon lui, il existe une incapacité totale sur le plan psychique, accompagnée de limitations considérables sur le plan somatique, notamment en raison de la perte de la vision binoculaire, de la nécessité de traiter la prothèse oculaire plusieurs fois par jour, de l'utilisation restreinte du bras droit (en liaison avec des séquelles pour le bras gauche), des douleurs, des migraines, de la fatigabilité. Il estime que l'accident doit être classé dans la catégorie des accidents graves ou en tout cas moyens à la limite des accidents graves, que les traitements ont été longs et devront même se poursuivre à vie (prothèse oculaire), avec une incapacité de travail durable. Il s'est référé à un arrêt du 30 septembre 2004 du Tribunal des assurances du canton de Zurich et aux considérants du jugement pénal selon lesquels l'accident a été dramatique et vécu comme tel. S'agissant de la détermination du gain de valide, il a produit les décomptes d'heures supplémentaires exécutées entre 2000 et 2004 et demandé une augmentation du gain déterminant de 78'455 fr. d'environ 50%. A l'appui de son recours, l'assuré a produit notamment les tableaux des récapitulatifs des heures supplémentaires de 2000 à 2004, ainsi que les fiches de travail (timbrage) pour les années 1999 à 2004. E. Dans sa réponse du 3 janvier 2012, la CNA a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité. La CNA a relevé qu'il n'y avait pas eu d'explosion, mais que le recourant avait été violemment heurté au visage par la bague d'un tuyau hydraulique

sous pression d'huile, alors qu'il était penché en avant, et que le tuyau lui-même avait heurté le bras droit, au niveau du biceps; ces circonstances n'avaient pas un aspect dramatique, mais seulement ses conséquences, à savoir la perte d'un œil. Se fondant sur des arrêts du Tribunal fédéral, la CNA a rangé l'accident dans la catégorie des accidents de gravité moyenne et nié que les troubles psychiques puissent être mis en relation de causalité adéquate avec l'accident de 2007 (la question de la causalité naturelle pouvant demeurer indécise). La CNA s'est pour l'essentiel référée à la motivation de la décision attaquée pour exclure que soient réalisées les conditions jurisprudentielles permettant d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident de 2007 et les troubles psychiques du recourant. En ce qui concerne la fixation du salaire brut de l'assuré, la CNA s'est pour l'essentiel fondée sur les données fournies par l'ancien employeur de l'assuré et s'est référée à l'exigibilité médicale retenue par le Dr C. \_\_\_\_\_. Enfin, la CNA a confirmé les éléments de la décision attaquée pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par réplique du 21 février 2012, R. \_\_\_\_\_ a confirmé "intégralement le recours", en complétant son exposé des faits et en contestant que les descriptions de postes de travail (DPT) puissent être utilisées en l'absence d'activités concrètement envisageables. A l'appui de sa réplique, le recourant a produit cinq courriers (lettres du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2007 et 20 février 2009; lettres du Prof. Q. \_\_\_\_\_ du 11 janvier 2008 et 5 février 2009; lettre du Dr L. \_\_\_\_\_ du 28 mars 2008), notamment au sujet de la reconstruction de son globe oculaire et de ses plaintes. La réplique a été communiquée à la CNA. F. A la demande de la Cour de céans, l'OAI a produit par courrier du 30 mai 2013 son dossier (sous forme de CD-Rom de 1036 pages). Ce dossier contient notamment les pièces suivantes qui n'avaient pas été versées au dossier de la CNA, ce dernier contenant en tant que pièces provenant de l'OAI uniquement un rapport initial et final du 28 août 2006 : - un rapport du 15 décembre 2010 de la Dresse B.B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr C.C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, tous deux médecins auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), retenant une capacité de travail exigible de 0% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Ces médecins déclarent : « Dès le deuxième accident (23.04.2007), vu les séquelles visuelles et au MSD, de nouvelles limitations fonctionnelles somatiques sont admises (voir p. 2 [réf. : renvoi aux rapports du Dr C. \_\_\_\_\_ du 28 juillet 2010 et de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2010 cités ci-dessus sous let. A.d]) ; dans l'ensemble, au plan somatique, on retiendra une CT [réf. : capacité de travail] nulle dans l'activité habituelle, et de 80% en toute activité adaptée ; cependant, en raison de l'atteinte psychiatrique, la CT reste nulle en toute activité adaptée. » ; - un projet d'acceptation de rente de l'OAI du 22 décembre 2010 prévoyant notamment le versement d'une rente d'invalidité de 100% à compter du 1<sup>er</sup> août 2007, soit trois mois après le deuxième accident ; - quatre décisions de l'OAI du 9 mai 2011, octroyant du 20 mai 2004 au 31 octobre 2004 une rente entière d'invalidité AI, puis du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 31 mars 2005 une demi-rente, du 1<sup>er</sup> avril 2005 au 31 décembre 2006 une rente entière, du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 juillet 2007 un quart de rente et dès le 1<sup>er</sup> août 2007 une rente entière (avec des montants mensuels de 1'237 fr. en 2007/2008, 1'276 fr. en 2009/2010 et 1'298 fr. en 2011). La base de calcul du montant de la rente était un revenu annuel moyen basé sur dix années et sept mois de cotisations de 62'034 fr. pour la période de mai à octobre 2004, de 63'210 fr. pour la période de novembre 2004 à décembre 2006, de 64'974 fr. pour la période de janvier à juillet 2007 et de 68'208 fr. dès le mois d'août 2007. Pour le calcul du degré d'invalidité, l'OAI a retenu un revenu sans atteinte à la santé de 78'000 fr. pour un taux d'activité de 100% selon les renseignements du dernier

employeur de l'assuré ; - un « rapport médical détaillé » (formulaire E 213 CH) complété le 2 avril 2012 par le Dr S. \_\_\_\_\_ à la demande de la Caisse suisse de compensation pour la coordination des systèmes de sécurité sociale suisse et européens. Il indique une inaptitude au travail depuis le 23 avril 2007 et un état dépressif réactionnel à sa situation actuelle. Comme symptômes actuels, il relève : « Le patient présente toujours actuellement d'importantes douleurs à l'épaule gauche suite à son premier accident. D'autre part, en raison des séquelles de son accident de 2007, le patient présente des douleurs au niveau du bras droit, du poignet et de la main droite. Il présente d'autre part une vision monoculaire. » Selon lui, l'épaule gauche est limitée dans les différentes directions avec une élévation latérale à 70°, rotation interne et externe très limitée. A droite, la mobilité de l'épaule est bonne, mais douloureuse notamment lors de la charge. L'assuré a des douleurs sur le bras droit ; le coude présente une bonne mobilité non douloureuse ; au niveau du poignet, il note des douleurs dans la région cubito-carpienne, avec une mobilité conservée. Ses diagnostics sont les suivants : rupture du sous-scapulaire gauche avec status postopératoire en 2003 et nouvelle intervention chirurgicale en 2004 à la suite d'une nouvelle rupture ; rupture du ligament gléno-huméral supérieur gauche ; tendinopathie associée ; status post-importante plaie musculaire du biceps droit ; lésions dégénératives du poignet droit radio-carpiennes et possible conflit cubito-carpien au niveau de la pseudo-arthrose de la styloïde cubitale ; syndrome du tunnel carpien droit ; plaie perforante transfixiante de l'œil droit accompagné de plaie palpébrale inférieure et de plaie à la racine du nez ; état dépressif réactionnel ; - un certificat médical dressé le 20 mars 2013 par le Dr Z. \_\_\_\_\_ avec le contenu suivant : « [Le] traumatisme d'avril 2007 [...] a entraîné malheureusement la perte fonctionnelle définitive de l'œil droit avec une cécité complète. Etant donné l'atrophie du globe oculaire, le patient est porteur d'une prothèse en résine réalisée après moulage. Cette prothèse est bien tolérée actuellement. Par ailleurs, étant donné la présence d'une fracture orbitaire, le patient a été pris en charge par l'équipe de chirurgie maxillo-faciale à l'Hôpital U. \_\_\_\_\_ pour la réparation de cette fracture et une chirurgie reconstructrice dans un deuxième temps. Actuellement, l'acuité visuelle de l'œil gauche est à 100%. L'examen du segment antérieur est sans particularité. Le tonus oculaire est normal. L'examen du fond d'œil montre un pôle postérieur normal. La cavité orbitaire droite est propre avec une prothèse bien tolérée. Je propose un suivi annuel avec un polissage de sa prothèse tous les six mois » ; - une attestation médicale du Dr S. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2013 formulée en ces termes : « Le médecin soussigné certifie que [l'assuré] est suivi à sa consultation depuis 2003 suite à deux accidents de travail, le premier remontant à 2003 avec un traumatisme de l'épaule gauche. (...) [L'assuré] a subi un deuxième traumatisme le 23 avril 2007 avec traumatisme du membre supérieur droit ainsi qu'une lésion oculaire droite entraînant une perte complète de sa vision et la nécessité de plusieurs interventions de reconstruction avec mise en place d'une prothèse. Suite à ce deuxième accident, le patient présente d'importantes douleurs dans le membre supérieur droit, notamment au niveau de l'épaule avec limitation fonctionnelle. Il présente également des douleurs du poignet droit ainsi que des paresthésies dans le territoire du nerf cubital droit. En raison des séquelles importantes de ces deux accidents, le patient présente une incapacité de travail à 100%. » ; - un courrier de l'OAI du 25 avril 2013 demandant un rapport médical détaillé auprès de l'Hôpital ophtalmique O. \_\_\_\_\_. Ce document est le dernier élément du dossier produit par l'OAI. G. a) Par courrier du 4 juin 2013, le Tribunal a informé les parties de la production du dossier de l'OAI, précisant que les deux derniers documents médicaux de ce dossier étaient le certificat du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2013 et l'attestation du Dr S. \_\_\_\_\_ du même

jour. Le Tribunal a notamment demandé à l'assuré de lui faire parvenir une copie du rapport médical détaillé de l'Hôpital ophtalmique O. \_\_\_\_\_ auquel s'était adressé l'OAI à ce sujet le 25 avril 2013. Il a en outre accordé aux parties un délai pour consulter le dossier de l'OAI et se prononcer sur son contenu. b) Dans le délai prolongé, l'assuré a déclaré par mémoire du 10 septembre 2013 que le dossier AI ne contenait rien d'utile pour la présente cause. Par ailleurs, la situation concernant son bras droit s'était aggravée et était donc loin d'être stabilisée. Il pouvait envisager une éventuelle « annulation amiable » de la décision attaquée, qui serait alors remplacée par une décision de poursuite des indemnités journalières ; il interpellait la CNA à ce sujet, ce qu'il faisait également par courrier séparé adressé le même jour directement à la CNA. Quant au plan psychique, il n'y avait pas eu d'évolution. Il a produit les trois pièces suivantes : - une correspondance du Prof. D.D. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie auprès de la Clinique E.E. \_\_\_\_\_, adressée le 5 juillet 2013 au Prof. P. \_\_\_\_\_ de la Clinique F.F. \_\_\_\_\_ concernant une arthro-IRM du poignet droit pratiquée le 3 juillet 2013. Elle a le contenu suivant : “ Indication : Aggravation des symptômes par rapport à 2010 avec douleurs augmentées et diminution de l'amplitude ainsi que de la force. Y a-t-il des signes d'arthrose radio-carpienne ? Description : Sur une ancienne IRM dont j'ai le rapport à ma disposition, datant de septembre 2010, on pouvait mettre en évidence des troubles dégénératifs de l'articulation radio-carpienne et luno-triquétrale, ainsi qu'une déchirure dégénérative de la portion centrale et palmaire du scapho-lunaire et une déchirure de la portion centrale du ligament luno-triquétral, ainsi qu'un carpe bossu. Sur les RX standard du jour, je retrouve une altération radio-scaphoïdienne avec une altération d'allure dégénérative au niveau de la styloïde radiale. Pas d'évidence de pincement luno-capitatum. Une ossification du noyau épiphysaire styloïdien cubital. Après consentement oral du patient, injection de produit de contraste dans l'articulation médio-carpienne avec passage immédiat de produit de contraste dans l'articulation radio-carpienne par les interlignes scapho-lunaires et luno-triquétrales sans passage de produit de contraste à rétro dans l'articulation radio-carpienne. L'IRM confirme la présence d'une déchirure du ligament scapho-lunaire dorso-médio-palmaire associée à un fragment libre scaphoïdien par désinsertion du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire. Je retrouve aussi une déchirure du faisceau médial et palmaire du ligament luno-triquétral. Au niveau des interlignes de la première rangée du carpe, je peux mettre en évidence des altérations dégénératives sous la forme de géodes sous-chondrales sur le versant triquétral de l'espace luno-triquétral et sur le versant scaphoïdien de l'espace scapho-lunaire associées à un important œdème d'accompagnement. Altération dégénérative de la styloïde radiale mais sans altération de l'interligne radio-scaphoïdienne. Pincement avec lésion dégénérative au niveau de la berge postérieure de l'interligne radio-lunarienne. Synovite réactionnelle au niveau de l'articulation radio-cubitale distale autour d'un récessus styloïdien, mais sans perforation, ni altération de ce dernier. Très importante synovite péristyloïdienne cubitale. Pas de lésion des ligaments extrinsèques visibles. Pas de signe de tendinopathie abarticulaire. Pas d'altération sur la face palmaire du carpe. Conclusion : Péjoration des signes d'instabilité dissociative de la première rangée du carpe, due aux déchirures du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-triquétral. Instabilité péristyloïdienne sous la forme d'une synovite réactionnelle.” ; - un courrier adressé le 21 août 2013 à la CNA par le Prof. P. \_\_\_\_\_ dans lequel celui-ci indique avoir vu l'assuré le 15 août 2013 et précisant que l'évolution s'était notablement péjorée, notamment sur le plan de la symptomatologie depuis son rapport du 14 mai 2010. Il renvoyait à l'examen arthro-IRM du 3 juillet 2013 et au rapport

susmentionné du Prof. D.D. \_\_\_\_\_. Les conclusions de cet examen et de l'examen clinique justifiaient de poser l'indication à la résection de la première rangée des os du carpe. Il pria la CNA d'indiquer sa position quant aux frais liés à cette intervention ; - un pli de la CNA du 2 septembre 2013 se référant à celui du Prof. P. \_\_\_\_\_ du 21 août 2013 précité avec le contenu suivant : "Notre médecin-conseil approuve votre proposition et vous prie de bien vouloir organiser l'intervention préconisée. Nous vous remercions par avance de bien vouloir nous en communiquer la date et de nous faire parvenir le protocole opératoire en temps voulu." c) Dans le délai prolongé, la CNA s'est prononcée par mémoire du 10 janvier 2014. Elle maintient intégralement sa décision sur opposition et refuse de l'annuler, même de manière « amiable ». Selon elle, le dossier AI ne comportait pas d'élément médical nouveau intervenu depuis lors et susceptible de l'amener à revoir sa position. De plus, l'assuré n'était « en fait, pas très demandeur de l'intervention dont son mandataire tente de tirer profit ». Il n'y avait manifestement pas d'urgence. Lors d'un entretien téléphonique qui avait eu lieu le 11 décembre 2013 entre un collaborateur de la CNA et l'assuré lui-même, ce dernier aurait signifié qu'il n'était pas pressé de subir la résection de la première rangée des os carpiens et qu'il voulait encore demander des renseignements auprès du Prof. P. \_\_\_\_\_ à ce sujet. Force était de constater que si l'opération projetée devait modifier l'état de santé de l'assuré, il serait pour le moins licite de penser que ce serait de manière favorable ; la possibilité d'une révision à la baisse des prestations de l'assurance-accidents serait alors ouverte ; mais vraisemblablement, l'intervention ne changerait pas fondamentalement la donne et l'état de santé de l'assuré. En tous les cas, si la rechute annoncée en 2013 par l'assuré se concrétisait pas une aggravation significative de son état de santé, cela lui ouvrirait, cas échéant, le droit à une éventuelle révision de son taux de rente d'invalidité, tout comme celui de son indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). La CNA rappelait que le moment déterminant pour juger de la présente cause était juillet 2010, soit le moment où l'examen final du médecin d'arrondissement avait eu lieu et où tant la quotité de l'IPAI que le moment du passage au régime de la rente avaient été décidés. Une aggravation qui se serait produite depuis lors, tout particulièrement en été 2013, devait être examinée sous l'angle de la révision, dans le cadre de la rechute qui lui a été annoncée. Pour le reste, le volet psychique de l'invalidité ne relevait pas de l'assurance-accidents. d) Par écriture du 11 février 2014, l'assuré a confirmé ses conclusions. Il a en particulier insisté sur le fait que l'accident de 2007 était de nature à entraîner les conséquences psychiques qui avaient été constatées chez lui. Il a en outre produit les nouvelles pièces suivantes : - une attestation médicale du Dr S. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2013 retenant que l'assuré présentait, en raison des séquelles des deux accidents de 2003 et 2007, une incapacité de travail à 100%. Il a notamment exposé que l'assuré avait subi lors du deuxième accident du 23 avril 2007 un « traumatisme du membre supérieur droit ainsi qu'une lésion oculaire droite importante entraînant une perte complète de sa vision et la nécessité de plusieurs interventions de reconstruction avec mise en place d'une prothèse. Suite à ce deuxième accident, le patient présente d'importantes douleurs dans le membre supérieur droit, notamment au niveau de l'épaule avec limitation fonctionnelle. Il présente également des douleurs du poignet droit ainsi que des paresthésies dans le territoire du nerf cubital droit. » Dans cette attestation, le Dr S. \_\_\_\_\_ n'a pas mentionné les problèmes psychiques ; - un courrier adressé par le Prof. P. \_\_\_\_\_ à la CNA le 15 janvier 2014 et formulé en ces termes : "Nous avons revu le patient susnommé le 7 janvier. Pour son poignet droit il n'y a pas d'évolution notable, le patient souffre toujours de douleurs spontanées et lors de l'utilisation de ce poignet. Après l'arthro-IRM du poignet réalisée le 3

juillet 2013 et dont les conclusions étaient « péjoration des signes d'instabilité dissociatives de la première rangée du carpe due aux déchirures du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-triquétral et instabilité péristyloïdienne sous la forme d'une synovite réactionnelle », nous avons posé l'indication à une résection de la première rangée des os du carpe et obtenu votre assentiment pour cette intervention. Néanmoins, questionné plus précisément, le patient reconnaît n'avoir pas de difficulté majeure dans son activité quotidienne. Par ailleurs, on note une mobilité du poignet qui est inchangée à 35-0-35 pour l'extension-flexion. De plus, une radiographie standard faite ce jour-même ne montre qu'un infime début d'arthrose entre le semi-lunaire et le grand os. A noter que le semi-lunaire n'est pas placé en DISI. Il nous paraît qu'aussi longtemps que la symptomatologie douloureuse de ce poignet n'est pas restrictive sur le plan fonctionnel pour les activités quotidiennes que l'indication à une résection de la première rangée des os du carpe est prématurée et vraisemblablement pour l'instant contre-indiquée. En effet, on ne peut garantir que l'on obtienne avec cette intervention, étant donné l'aspect radiologique, une amélioration significative à la fois sur le plan antalgique et sur le plan d'une amélioration de la force ou de l'amplitude de mouvement. Il est même à craindre que cette intervention se solde par [une] diminution de ces deux dernières fonctions, à savoir l'amplitude de mouvement et la force. Il n'en demeure pas moins que toute activité manuelle est quasi impossible.» e) Par mémoire du 5 mars 2014, la CNA a persisté dans ses conclusions. Elle estime que l'attestation du Dr S. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2013 n'apporte « guère d'élément objectif et scientifique nouveau ou probant ». Concernant le courrier du Prof. P. \_\_\_\_\_ du 15 janvier 2014, elle a surtout relevé que l'intervention envisagée en été 2013 n'était plus à l'ordre du jour et que le patient reconnaissait n'avoir pas de difficulté majeure dans son activité quotidienne. Par écriture du 10 mars 2014, l'assuré a maintenu sa position. Par mémoire du 20 octobre 2014, il a renvoyé à un arrêt du Tribunal cantonal vaudois du 29 septembre 2014 dans une cause qui opposait une tierce personne à la CNA (AA 140/09 – 97/2014) ; dans cet arrêt – qui a été déféré par l'intimée au Tribunal fédéral lequel n'a, à ce jour, pas encore statué sur le recours –, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des séquelles psychiques avait été admise. Aux yeux de l'assuré, tous les critères étaient remplis de manière plus marquée dans son cas que dans ladite affaire ; de plus, il s'agissait en l'occurrence d'un accident d'une extrême gravité. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), est donc recevable. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). S'agissant d'une contestation relative à une rente mensuelle d'invalidité (100% au lieu de 48%) sans limitation dans le temps, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD). 2. 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. L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un

lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008 consid. 2.2). b) L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF U 61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 n° U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 80, p. 865). 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, pp. 340 ss; TF U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré. c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2 ; 125 V 461 consid. 5a et les références). La causalité adéquate répond à la nécessité de fixer une limite raisonnable – et supportable pour la communauté – à la responsabilité de l'assurance sociale, compte tenu de la multiplicité des causes naturelles qui participent à la survenance du résultat. Classiquement, 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 (Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, nos 85 et 86, p. 867). En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a tout d'abord classé 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 des accidents, 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. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - 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 en cours de guérison et les complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 p. 126 s.; 129 V 402 consid. 4.4.1 p. 408 ; TF 8C\_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.2). d) Lorsque deux ou plusieurs accidents sont en cause, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit en principe être appréciée séparément pour chaque accident. Cela vaut en particulier dans les cas où les accidents concernent diverses parties du corps et provoquent des blessures tout à fait distinctes (ATF 115 V 133 consid. 6; RAMA 1996 n° 248 p. 176; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.1). e) Dans un arrêt M. non publié du 4 janvier 1984 (U 11/83), antérieur à la jurisprudence établie par l'ATF 115 V 133 consid. 6, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la perforation d'un oeil par un fil de fer rouillé, ayant entraîné la cécité de cet oeil, était une lésion grave; il a admis l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques développés par la suite par l'assuré. Ultérieurement, le Tribunal fédéral des assurances a laissé ouverte la question de savoir si une lésion oculaire entraînant la perte d'un oeil devait être classée dans la catégorie des accidents graves ou dans celle des accidents de gravité moyenne (RAMA 2000 n° U 364 p. 86). Le Tribunal fédéral a ensuite jugé que la perte d'un oeil constituait un accident de gravité moyenne, en laissant ouverte la question de savoir s'il devait être classé à la limite supérieure de cette catégorie (arrêt U 84/04 du 9 décembre 2004 consid. 4.3). Se prononçant encore dans un arrêt rendu le 2 février 2007 (U 233/06, publié in : SVR 2007 UV n° 24 p. 78) sur le cas d'un assuré ayant allumé un briquet pour vérifier le niveau de la batterie de sa voiture, geste qui a provoqué une explosion d'acide au visage et entraîné une lésion à l'œil gauche avec perte définitive de la vision de cet œil, le Tribunal fédéral a estimé qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne. Il a considéré que seuls deux des critères prévus par la jurisprudence étaient réalisés, à savoir la nature et la gravité de la lésion de même que son caractère irréversible. Comparant ce cas avec celui ayant donné lieu à l'arrêt publié à la RAMA 2000 n° U 364 p. 86 [U 200/98], il a toutefois nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques apparus à la suite de la perte accidentelle de l'œil vu l'absence en l'occurrence de plusieurs autres critères déterminants. Il a repris cette qualification dans une affaire où l'assuré, occupé sur une machine, a été heurté par un objet violemment projeté sur ses lunettes, ce qui occasionna la perte à 90% d'un œil (arrêt 8C\_965/2008 du 5 mai 2009 consid. 4.2 avec un exposé de jurisprudence). Enfin, dans le cas d'un assuré blessé par un éclat métallique qui s'était logé dans le globe oculaire gauche sans blesser l'œil, le Tribunal fédéral a considéré qu'il s'agissait d'un accident à la limite inférieure de la gravité moyenne (arrêt 8C\_169/2012 du 11 juin 2012 consid. 4.1). 3. a) En l'espèce, le litige porte sur l'étendue du droit à une rente d'invalidité LAA (complémentaire) de l'intimée ainsi que sur la quotité de l'IPAI. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si l'intimée était fondée à considérer que les atteintes psychiques du recourant et l'incapacité de travail qui en résulte ne sont pas

en relation de causalité adéquate avec l'accident du 23 avril 2007. S'agissant en premier lieu du lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par le recourant au plan psychiatrique et l'événement du 23 avril 2007, il convient de retenir qu'il est établi. La Dresse D. \_\_\_\_\_ a ainsi expliqué qu'il ne faisait aucun doute que les troubles psychiatriques présentés par son patient étaient directement consécutifs à son accident d'avril 2007 (cf. rapport médical du 27 mai 2008). Le Dr K. \_\_\_\_\_ a lui aussi admis, dans son avis du 18 décembre 2008, que les troubles psychiques de l'intéressé étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 24 [recte : 23] avril 2007. b) Il convient dès lors d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident d'avril 2007 et l'affection psychique du recourant. On rappellera que, lorsqu'il y a eu plusieurs accidents, la causalité adéquate doit « en principe » être appréciée séparément pour chaque accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 92, p. 870 ; ATF 115 V 133 consid. 6). Il s'ensuit que l'accident de 2003 et celui de 2007 doivent être traités séparément. Or, le litige ne porte désormais plus que sur les séquelles de l'accident survenu en avril 2007. Au demeurant, on ne voit pas ce qui justifierait de distinguer les affections ophtalmiques des affections orthopédiques. Il y a bien plutôt lieu d'admettre qu'elles forment un tout. Tandis qu'une seule séquelle ne peut pas avoir d'influence suffisante pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate, combinée avec d'autres séquelles, qui à elles seules ne sont pas non plus suffisantes à cet égard, on peut concevoir qu'elles soient de nature à entraîner des effets psychiques (p. ex. un os cassé à une jambe ou un bras ne saurait en soi suffire pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate ; il en irait en revanche différemment dans l'hypothèse où des os de tous les membres, bras et jambes, sont cassés, empêchant ainsi tout déplacement à l'aide de béquilles, à plus forte raison s'il s'y ajoute la perte d'un ou de plusieurs organes). c) En ce qui concerne plus particulièrement les lésions oculaires ayant conduit à une pathologie psychique, il ressort de la casuistique résumée ci-avant (cf. consid. 2e supra) que l'appréciation de l'existence d'un lien de causalité adéquate relève de considérations parfois fort subtiles, de sorte qu'il est malaisé de dégager des principes généraux. C'est donc à un examen de la jurisprudence rendue en la matière qu'il convient de se livrer pour tenter de dégager des analogies avec le cas d'espèce. On rappellera toutefois que, dans les deux derniers arrêts cités dans ce même considérant (8C\_965/2008 et 8C\_169/2012), le Tribunal fédéral avait admis des accidents de gravité moyenne, le second se situant à la limite des accidents de peu de gravité. Or, contrairement à la présente espèce, ces cas ne concernaient pas une perte totale de la vision monoculaire, mais des atteintes plus ou moins sévères de l'organe de la vue. S'agissant de la perte totale de la vision d'un oeil, le Tribunal fédéral des assurances avait déclaré dans un arrêt de 1984 (U 11/83) qu'il était incontestable qu'un tel événement puisse entraîner des troubles psychiques considérables (cité in : RAMA 2000 n° U 364 p. 86 consid. 3a). Dans l'arrêt U 200/98 du 21 septembre 1999 publié dans la revue RAMA 2000 n° U 364 p. 86, il laissait entendre que la perte totale de la vision sur un oeil pouvait être rangée dans la catégorie des accidents graves ce qui justifierait sans autre l'admission d'une causalité adéquate. Dans le cas d'espèce, il a toutefois laissé ouverte la question de savoir si l'événement assuré devait être classé dans la catégorie des accidents graves ou moyens à graves du moment qu'à côté de la gravité caractérisée de la blessure subie, un grand nombre des autres critères déterminants pour trancher la question de la causalité étaient manifestement réunis (considérant 3). Il a ainsi retenu la gravité particulière de la lésion physique. S'y ajoutaient une erreur dans le traitement médical, des difficultés apparues au cours de la guérison, respectivement des complications importantes, et une longue durée du traitement médical (l'arrêt n'indique

toutefois pas de détails au sujet de ces critères). La Haute Cour exposait par ailleurs (considérant 3b p. 88) : « Der Verlust eines Auges ist an sich immer etwas Schwerwiegendes, zumal damit – nebst allen Nachteilen des monoptischen Sehens – die Gefahr erhöht wird, das Augenlicht als solches zu verlieren. Darin liegt das erfahrungsgemässe psychogene Schädigungspotenzial eines einseitigen Augenverlustes, hat doch der Betroffene verständlicherweise Angst davor, auch das zweite ihm noch verbliebene gesunde Auge zu verlieren. » Dans l'arrêt U 84/04 du 9 décembre 2004, le Tribunal fédéral des assurances a repris ces considérations, en modifiant toutefois quelque peu leur formulation (cf. considérant 4.3). Il a ensuite retenu qu'en plus de la gravité, il fallait également admettre la nature particulière de la lésion (besondere Art der erlittenen Verletzung). A cela s'ajoutaient des difficultés apparues au cours de la guérison et la longue durée du traitement médical, ce qui lui avait permis de reconnaître l'existence d'une relation de causalité adéquate. Dès lors que plusieurs des critères définis par la jurisprudence étaient en l'occurrence remplis, le Tribunal fédéral des assurances avait une nouvelle fois expressément renoncé à trancher la question de savoir s'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne au sens strict ou d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves. Dans l'arrêt rendu le 2 février 2007 dans une composition à trois juges, le Tribunal fédéral n'a cité qu'une affaire jugée le 10 août 2005 sous la référence U 343/04 sans confronter le cas d'espèce à l'une ou l'autre des trois affaires mentionnées dans les paragraphes précédents (arrêts de 1984, 1999 et 2004). Or, l'arrêt en question (U 343/04) ne concernait pas une perte totale de la vision monoculaire, mais uniquement une perte sévère de la vision sur un oeil. Le Tribunal fédéral a néanmoins déclaré qu'il s'agissait d'une affaire « similaire » (cf. considérant 5.2). Cependant, dès lors que le Tribunal fédéral n'a pas discuté ce cas à la lumière des trois autres arrêts concernant également un assuré ayant perdu un oeil et qu'il a par ailleurs renvoyé à un arrêt où il n'y avait pas de perte totale de la vision d'un oeil, on ne peut se fonder sur l'arrêt U 233/06 pour soutenir que la perte de vision totale ne constitue qu'un accident de gravité moyenne et qu'il faut alors remplir plusieurs critères pour admettre un lien de causalité adéquat. Cet arrêt ne sera par la suite pas cité dans l'arrêt 8C\_965/2008 qui mentionne à son considérant 4.2 différents arrêts concernant les yeux ; il sera toutefois cité par le moyen d'un simple « cf. » (« vgl. ») dans l'arrêt 8C\_169/2012 (au considérant 4.1). Toujours dans l'arrêt 8C\_965/2008, le Tribunal fédéral a déclaré au considérant 4.2 que l'arrêt U 200/98 précité (se rapportant au cas d'un assuré ayant totalement perdu un oeil) n'était pas comparable aux autres affaires mentionnées dans la décision rendue sous référence 8C\_965/2008 parce que celles-ci ne concernaient pas des lésions qui avaient mené à la perte totale de la vision monoculaire. Les cas n'ayant pas entraîné une perte totale de la vision à un oeil étaient rangés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne au sens strict. d) Quand bien même dans deux des cas examinés (U 200/98 et U 84/04), le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question de la qualification de l'accident en cause, il n'apparaît pas insoutenable d'admettre, à la lumière des considérations qui précèdent, qu'un accident ayant entraîné la perte totale de la vision d'un oeil puisse être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves, ce d'autant plus – comme c'est le cas en l'espèce – si d'autres blessures se superposent à la lésion oculaire (en l'espèce, fracture de l'orbite et lésion du membre supérieur droit). S'agissant ensuite des critères à examiner en vue de retenir, le cas échéant, l'existence d'un lien de causalité adéquate, il convient à cet égard d'admettre que celui afférent à la gravité et à la nature particulière de la lésion physique revêt en l'occurrence une intensité particulière (cf. aussi le considérant 2.7 du jugement rendu le 3

juin 2010 par le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de Lausanne, cité supra sous let. A.c). Dans la mesure où, en présence d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves, un seul critère suffit pour que la causalité adéquate soit établie (cf. consid. 2c supra), il s'ensuit que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident subi par le recourant le 23 avril 2007 et la pathologie psychique présentée par la suite doit être admise. On peut au demeurant se référer à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral des assurances en date du 7 avril 2005 (RAMA 2005 n° U 555 p. 322 [U 458/04]) dans lequel celui-ci avait admis l'existence d'un lien de causalité adéquate dans le cas d'un accident grave, situé dans la zone moyenne, à proximité des accidents graves en raison de la gravité de la blessure subie (traumatisme du larynx avec arrachement partiel de la trachée et danger d'asphyxie). Dans cet arrêt, la Haute Cour a encore fourni différentes illustrations tirées de sa jurisprudence, dans lesquelles elle avait reconnu l'existence d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves. Ainsi, les quatre premiers exemples peuvent être comparés dans une large mesure à l'accident litigieux, même si aucun de ces quatre cas n'a entraîné une perte de la vision. Il s'agissait en effet d'autres blessures, telles que la perte de trois doigts, ou une fracture d'un pied ou d'un bras (cf. considérant 3.4.1). e) Par surabondance, on retiendra qu'à la perte de la vision monoculaire s'ajoutent les lésions au membre supérieur droit touché par le même accident de 2007. En outre, toutes les atteintes induites par cet événement ont nécessité un long traitement, lequel a par ailleurs comporté des difficultés au cours de la guérison, respectivement des complications importantes. Certes, une partie de ces constatations ont été faites en 2013, soit postérieurement à la décision entreprise. Il n'en demeure pas moins qu'elles découlent directement de l'accident du 23 avril 2007. On mentionnera encore plusieurs interventions de reconstruction. En plus de la perte de l'oeil et des blessures au bras droit, le recourant a présenté une fracture orbitaire (avec effet sur l'aspect du visage) pour laquelle il a été pris en charge par l'équipe de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital U. \_\_\_\_\_, dans un premier temps pour la réparation de cette fracture suivie d'une chirurgie reconstructrice (cf. p. ex. les certificats médicaux du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 16 décembre 2010 et 20 mars 2013). A la fin du mois de novembre 2010, soit plus de trois ans et demi après l'accident, l'assuré a encore subi à l'Hôpital U. \_\_\_\_\_ une intervention à son œil, respectivement à l'orbite. L'évolution sur plusieurs années n'a pas été sans douleurs physiques persistantes. La durée et le degré de l'incapacité de travail due aux lésions physiques s'avèrent également considérables (cf. le degré d'incapacité de gain de 48% retenu définitivement par l'intimée). f) En conséquence, il convient d'admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident subi par le recourant le 23 avril 2007 et les troubles psychiques que celui-ci a développés par la suite. Il s'ensuit que le dossier doit être renvoyé à la caisse intimée afin qu'elle statue à nouveau sur le droit aux prestations litigieuses (rente d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité) en prenant en considération l'ensemble des atteintes à la santé consécutives à l'accident assuré (cf. pour cette manière de procéder TF U 509/06 du 31 octobre 2007 consid. 5). L'intimée pourra en particulier déterminer l'évolution des troubles psychiques (pour lesquels l'OAI a accordé une rente entière AI par décision du 9 mai 2011). 4. Le recourant conteste encore le gain de valide retenu par l'intimée pour la fixation du degré d'invalidité. Les certificats de salaire fournis par l'employeur établissent un salaire mensuel brut versé treize fois l'an par M. \_\_\_\_\_ SA de 5'650 fr. en 2003, de 5'800 fr. en 2004, de 5'900 fr. en 2005, de 6'000 fr. en 2006 et 2007 si le recourant avait été en pleine possession de ses moyens, en précisant le 6 septembre 2010 que le salaire aurait éventuellement été indexé au coût de la vie depuis 2007/2008 si l'employé avait été en pleine possession de ses moyens. Le salaire ainsi

déterminé tient compte des capacités professionnelles, de l'âge et de l'expérience du recourant. Par ailleurs, à la suite du premier accident du 17 mai 2003, le taux d'activité du recourant a été partiel et variable. Il est du reste difficile à déterminer exactement sur la base des indications contradictoires données par le Dr A. \_\_\_\_\_. Quoiqu'il en soit, il n'y a pas lieu de tenir compte d'heures supplémentaires exécutées pendant une période d'activité à temps partiel justifiée par des limitations médicales (2003-2004) pour fixer le gain de valide. Il en va de même pour l'important nombre d'heures supplémentaires exécutées auparavant, qui ne correspondent pas aux salaires annoncés par l'employeur et que le recourant fait valoir pour la première fois, dans la procédure LAA, devant la Cour de céans. Les indications sur les fiches de timbrage ne prouvent pas que le recourant a effectivement effectué un travail rémunéré pendant toutes ces heures (régulièrement plus de 11, voire 12 heures par jour). Le recourant n'a pas présenté de décomptes mensuels de salaire ou d'attestations de salaire annuelles [pour les impôts] correspondant aux chiffres qu'il invoque. En outre, un nombre d'heures supplémentaires aussi élevé pendant des années serait contraire à la loi (cf. art. 9 et 12 LTr [loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce ; RS 822.11]). Il est rappelé que ces dispositions ont notamment pour but de protéger contre eux-mêmes des travailleurs dont le temps de travail excessif peut mettre en danger leur santé ou celle d'autres personnes. Dès lors, le revenu mensuel brut réalisable sans les accidents de 6'953 fr. retenu par l'intimée apparaît justifié, voire même généreux. Le recours est donc infondé sur ce point. 5. En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 18 juillet 2011 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. 6. a) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'800 fr. à la charge de la caisse intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 18 juillet 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause renvoyée à ladite Caisse pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera au recourant R. \_\_\_\_\_ la somme de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Philippe Nordmann, avocat (pour R. \_\_\_\_\_), ■ Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :