

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 1047 vom 30. Dezember 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-12-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__1047

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 1047 du 30 décembre 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 1047 del 30 dicembre 2019

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, ACCIDENT DE LA CIRCULATION, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 11

juin 2009, avait entraîné une incapacité totale de travail du 12 au 21 juin 2009. Le Dr C. _____, chef de clinique au sein du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital D. _____, a fait parvenir au Dr G. _____ et à la CNA un rapport d'examen de l'assuré, réalisé le 3 septembre 2009, où il a relaté les éléments suivants : « [...] Votre patient présente un syndrome douloureux chronique assez étendu, dépassant le contexte purement accidentel, s'inscrivant plus dans un contexte conflictuel sur le plan assécurologique. Ici, nous sommes fortement limités dans nos approches thérapeutiques malheureusement. En plus, nous nous trouvons à 3 ans de la prise en charge du traumatisme et la probabilité qu'une approche thérapeutique puisse amener à un changement de ce schéma douloureux diminue de manière vertigineuse. Sur le plan psychologique, un suivi me semble indiqué chez ce patient, dont le traumatisme me semble encore passablement présent. Il y a de nombreuses appréhensions. Il n'y a pas de réels signes comportementaux. Nous allons poursuivre le traitement physiothérapeutique en piscine. Je reverrai [l'assuré] d'ici 2 mois, mais je reste dubitatif quant à l'aide apportée par une prise en charge ambulatoire. [...] » Le spécialiste précité a attesté au surplus de la poursuite d'une incapacité totale de travail, ce sur quoi l'assuré a insisté à l'issue d'un courrier adressé à la CNA le 30 septembre 2009, auquel était jointe la feuille-accident LAA confirmant ladite incapacité. La CNA a procédé à la détermination du taux d'invalidité de l'assuré dans une note interne du 3 novembre 2011, retenant au titre de revenu hypothétique sans invalidité le montant annuel de 48'300 fr. à plein temps, sur la base d'un salaire annuel de 31'733 fr. au tarif horaire de 21,21 fr. pour un horaire de travail hebdomadaire moyen de 27,62 heures auprès de M. _____ SA. Quant au revenu d'invalidité, la CNA a pris en compte cinq descriptifs de poste de travail, à savoir ceux de magasinier léger, aide de réception, agent d'exploitation, employé d'expédition et ouvrier léger, où des salaires annuels oscillant entre 48'000 fr. et 53'100 fr. étaient versés pour une activité à plein temps. Au vu d'un taux d'activité exigible de l'assuré, estimé entre 80% et 90%, la CNA a constaté que le taux d'invalidité mis à jour n'ouvrait aucun droit à une rente d'invalidité. Le 29 octobre 2009, l'assuré a rappelé à la CNA l'urgence de sa situation, l'informant de son rendez-vous prochain auprès de l'Hôpital orthopédique de l'Hôpital D. _____ et joignant un nouveau certificat de son médecin traitant, le Dr G. _____, lequel préconisait le maintien de l'incapacité totale de travail pour une durée de quatre à six mois. La CNA a

établi sa décision sur opposition le 9 novembre 2009, admettant partiellement l'opposition de l'assuré, à savoir prononçant la prise en charge des frais de traitement et le versement des indemnités journalières jusqu'au 18 juin 2009 en lieu et place du 31 mai 2009, ce afin de tenir compte de l'intervention réalisée par le Dr B. _____. L'opposition a été rejetée pour le surplus, la CNA ayant considéré sur la base des avis de ses médecins d'arrondissement que la situation était stabilisée sur le plan physique à l'issue de l'intervention précitée. Du point de vue psychique, elle a derechef nié tout lien de causalité adéquate entre les troubles constatés et l'accident du 7 septembre 2006, se fondant sur les critères développés par la jurisprudence fédérale sur cette question. Elle a en outre confirmé le refus de rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 10%, que la comparaison des revenus soit effectuée sur la base des descriptifs de poste de travail ou des salaires statistiques. Elle a enfin maintenu l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5% conformément à l'appréciation de la Dre X. _____ en l'absence d'éléments concrets de nature à remettre en cause celle-ci. F. Par décision du 23 novembre 2009, la CNA a procédé à la révision procédurale des indemnités journalières servies à l'assuré du 10 septembre 2006 au 31 mai 2009, ainsi que du 11 juin 2009 au 21 juin 2009, ramenant le montant journalier versé de 109 fr.

E. 15

Dans l'hypothèse où l'expertisé ne peut plus exercer de manière suffisamment rentable son ancienne profession de chauffeur professionnel, ni une activité manuelle de substitution, un recyclage et éventuellement une nouvelle formation sont-ils médicalement exigibles ? Peut-on escompter des chances de succès ? Une activité manuelle de substitution pourrait se faire, par exemple en usine, en position assise, comme signalée ci-dessus.

E. 16

Les suites de l'accident (séquelles) ont-elles été influencées par une comorbidité indépendante de l'accident, que ce soit sur le plan somatique ou sur le plan psychique ? Si oui, dans quelle mesure ? Sur le plan somatique, nous constatons aujourd'hui un syndrome fémoropatellaire liée au déconditionnement musculaire (déséquilibre entre quadriceps et les ischiojambiers, le tenseur du fascia lata et le moyen fessier) amplifié par le peu d'exercices que le patient fait. Ce problème n'est pas directement lié à l'accident.

E. 17

Avez-vous des traitements à préconiser sur le plan somatique et sur le plan psychique ?
REPONSE : Sur le plan psychiatrique une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée pourrait s'avérer utile. L'évolution du trouble somatoforme douloureux persistant est cependant habituellement chronique et décevante d'un point de vue thérapeutique.[...] » S'agissant enfin des questions spécifiques de la CNA, les experts ont notamment répondu de la manière suivante : « [...] 6. Est-on en présence d'un trouble psychique (diagnostic selon la CIM-10) ? REPONSE : Oui. 6.1 Dans l'affirmative, celui-ci est-il à considérer comme faisant partie des troubles typiques après distorsion de la colonne cervicale ou blessures équivalentes, faute d'une différenciation facile des composantes somatiques et psychiques du tableau clinique ? REPONSE : Les deux pathologies psychiatriques se sont développées chez [l'assuré] dans les suites de l'accident de septembre 2006 et ceci indépendamment de l'organe qui a été touché. En effet, l'atteinte à l'intégrité corporelle et ses répercussions par le déséquilibre d'un fonctionnement psychique rigide ont conduit à l'apparition d'une telle symptomatologie. [...] 6.3 Existe-t-il

des éléments en faveur d'un trouble psychique antérieur ? REPONSE : Non, la rigidité du fonctionnement psychique antérieur n'atteignait pas un seuil ayant valeur pathologique. 7. A partir de quand doit-on considérer l'état de santé de [l'assuré] comme stabilisé ? REPONSE : Sur le plan psychiatrique, il n'y a plus, selon les éléments en notre possession, d'évolution depuis environ 2008 - 2009. 8. Quelle est votre appréciation de la capacité de travail en termes d'horaire et de rendement dans d'autres activités adaptées au handicap ? De quels types d'activités s'agit-il ? REPONSE : Selon notre évaluation, la capacité de travail sur le marché du travail est atteinte. Eventuellement une activité occupationnelle à 50% pourrait être envisagée et ceci sans rendement attendu. [...] 10. Subsiste-t-il une atteinte durable et importante à l'intégrité psychique ? Si oui, à combien (%) l'estimez-vous ? REPONSE : Oui, nous l'estimons de modérée à sévère (entre 50% et 80%). [...] » Les parties se sont déterminées sur les rapports d'expertise judiciaire précités. Par pli du 10 octobre 2011, le recourant a suggéré une question complémentaire à l'expert psychiatre eu égard à l'effort de volonté raisonnablement exigible de sa part pour surmonter le trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué in casu. Il a également sollicité la production du rapport d'examen neuropsychologique complet. Le juge instructeur a donné suite à ces demandes par courrier adressé au Dr E. _____ le 13 octobre 2011. Quant à l'intimée, elle s'est fondée sur les avis de ses médecins d'arrondissement des 9 et 14 novembre 2011, joints à son écriture du 12 décembre 2011, pour se prévaloir de l'absence de valeur probante des rapports d'expertise judiciaire. Sur le plan somatique, elle a mis en exergue la détermination du 14 novembre 2011 du Dr O. _____, spécialiste en chirurgie, exposant que seules les séquelles observées au coude et à la hanche par le Dr C. _____ étaient susceptibles d'influer sur la capacité de travail du recourant. Considérant que l'expert avait privilégié une approche psychosomatique de la situation, la CNA a estimé que la baisse de rendement de 50% retenue par ce dernier ne se justifiait aucunement en l'absence de limitations fonctionnelles objectives dans une activité strictement adaptée à l'état de santé de l'assuré. Du point de vue psychique, elle a persisté à nier le lien de causalité entre les troubles observés et l'accident du 7 septembre 2006, se basant sur les remarques formulées le 9 novembre 2011 par la Dre P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de la division juridique de la CNA. Le Dr E. _____ a donné suite à la question du juge instructeur relative à l'effort de volonté exigible de l'assuré pour surmonter les douleurs, par complément du 29 décembre 2011, libellé notamment en ces termes : « [...] Pour répondre à la question, il paraît nécessaire d'indiquer d'abord qu'une telle formulation implique à nos yeux davantage une appréciation juridique que médicale. En effet, d'un point de vue médical, nous pouvons distinguer le regard subjectif de [l'assuré] sur ses troubles et l'appréciation objective que l'on peut en faire sur le plan de l'art. Comme nous l'avons indiqué, nous retenons chez [l'assuré] les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes et de syndrome douloureux somatoforme persistant, diagnostics retenus en référence à la classification internationale des maladies (CIM-10). Nous signalons que ces troubles se sont développés dans les suites de l'accident qu'il a subi le 7 septembre 2006 et qu'il ne souffrait pas de pathologie psychiatrique avérée antérieurement. On pouvait toutefois relever un mode de fonctionnement psychologique peu adaptatif et des difficultés identitaires, dont l'équilibre paraît avoir été durablement perturbé par l'accident. Ainsi, si l'on retient aujourd'hui des déterminants psychiques à l'œuvre dans le développement et le maintien des symptômes invalidants que présente [l'assuré], lui-même porte un regard différent sur sa situation. Pour [l'assuré], l'expérience quotidienne depuis l'accident est celle de douleurs persistantes,

auxquelles s'associent des craintes et des symptômes du registre dépressif. Pour lui, il ne fait pas de doute que seul l'accident est en cause et qu'il continue d'en subir les séquelles symptomatiques. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas grand sens ni grande portée dans la représentation qu'il peut se faire de sa situation. Il a déjà le sentiment de faire de nombreux efforts pour surmonter ce vécu douloureux. Il est habituel dans ce type de situation, et pourrait-on dire quasi consubstantiel au syndrome douloureux somatoforme persistant, que les déterminants psychiques à l'œuvre soient déniés ou ignorés par les personnes qui en souffrent. Le vécu exprimé est ainsi habituellement celui d'un sentiment d'effort permanent pour faire face aux douleurs. [...] » Le recourant s'est déterminé par écriture du 24 janvier 2012, concluant à la reconnaissance d'une invalidité totale des suites de l'accident du 7 septembre 2006. Se référant aux conclusions de l'expert psychiatre, il a mis en exergue le trouble somatoforme douloureux persistant grave l'affectant, en sus d'une comorbidité psychiatrique avérée et de troubles neuropsychologiques, ce qui réduisait à néant toute perspective professionnelle. Quant à l'intimée, elle a derechef soutenu que l'analyse du Dr E. _____ était lacunaire et fondée sur des considérations essentiellement subjectives par pli du 26 mars 2012. Elle a annexé un nouvel avis de la Dre P. _____ du 21 mars 2012, par lequel celle-ci a notamment observé que les résultats des examens neuropsychologiques se trouvaient conditionnés par des facteurs motivationnels, sans que le syndrome douloureux n'ait d'incidence de ce point de vue. La CNA a au surplus suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychologique ou le renvoi de la cause à son attention afin de déterminer l'influence concrète des troubles psychiques sur la capacité de travail de l'assuré avant que la Cour de céans ne rende son arrêt éventuellement à son détriment. Par courrier du 23 avril 2012, le recourant a à l'inverse estimé que le dossier de la cause était en l'état d'être jugé, les rapports d'expertise judiciaire remplissant à son sens en tous points les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il a relevé qu'une nouvelle expertise serait superflue, l'expert psychiatre s'étant clairement exprimé sur son impossibilité à reprendre une activité professionnelle, hormis exclusivement occupationnelle, tandis que le rapport corrélatif serait au demeurant fondé sur les observations de précédents médecins, telles que celles du Dr T. _____. Le juge instructeur a accordé un délai au recourant pour s'exprimer sur le volet somatique du dossier, ainsi que sur l'écriture de la CNA du 12 décembre 2011 qui ne lui avait pas été transmise précédemment. Dans le délai imparti, soit le 7 juin 2012, le recourant a rappelé les séquelles somatiques importantes des suites de l'accident, reconnues par le médecin d'arrondissement de la CNA, telles qu'analysées par le Dr C. _____ à l'issue de l'expertise judiciaire qualifiée de probante. Il a au surplus souligné la concordance observée par l'expert entre l'anamnèse et ses plaintes. Il a cependant relevé que le statu quo sine ne pouvait être considéré comme atteint au vu des dites séquelles et des limitations fonctionnelles prises en compte par l'expert. S'agissant de la capacité de travail estimée par les experts, plus particulièrement de la baisse de rendement évoquée du point de vue somatique, le recourant a exposé que cette appréciation se justifiait au regard de ses importantes douleurs, ainsi que des séquelles psychiques résultant de l'accident. Il a en outre insisté, du point de vue psychique, sur les ralentissements neuropsychologiques remarqués par la psychologue en charge des examens correspondants et contesté au surplus que ses douleurs soient surmontables au prix d'un effort de volonté, les experts ayant précisément démontré sa bonne volonté. Il a enfin expressément mis en exergue la gravité des circonstances de l'accident, annexant à des fins d'illustration un article de journal où était mentionné que sa voiture avait été traînée sur environ soixante mètres, ainsi que des

photographies de son véhicule, totalement détruit. La CNA s'est exprimée le 8 août 2012, soulignant qu'il n'appartenait pas au Dr C. _____, en sa qualité de somaticien, de fixer une baisse de rendement de 50% pour des motifs psychiques, tandis que cette appréciation s'avérerait de toute manière douteuse en tant qu'elle reposerait uniquement sur les douleurs alléguées. L'intimée a relevé que lesdites douleurs étaient pour l'essentiel non imputables à l'accident et qu'une activité en position assise ne devrait aucunement en provoquer. Elle a persisté au surplus dans ses précédentes conclusions tendant au rejet du recours. Par pli du 28 janvier 2013, le juge instructeur a interrogé l'expert psychiatre quant à la possibilité et l'exigibilité strictement médicales d'un effort de volonté de la part de l'assuré en vue de surmonter ses douleurs. Le Dr E. _____ a fait part de la réponse suivante datée du 16 mai 2013 : « [...] Nous avons signalé dans notre rapport (page 12) que « sur un plan psychiatrique, selon les éléments en notre possession, nous pouvons estimer qu'il n'y a plus d'évolution notable depuis environ 2008 – 2009 ». Nous sommes donc confrontés à un tableau psychiatrique qui s'est chronifié autour d'une production symptomatique continue. Nous avons également décrit dans notre rapport complémentaire (page 2), ce que nous avons perçu du vécu psychologique de [l'assuré] par rapport à sa situation : « Pour [l'assuré] l'expérience quotidienne depuis l'accident est celle de douleurs persistantes, auxquelles s'associent des craintes et des symptômes du registre dépressif. Pour lui, il ne fait pas de doute que seul l'accident est en cause et qu'il continue d'en subir les séquelles symptomatiques. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas grand sens ni grande portée dans la représentation qu'il peut se faire de sa situation. Il a déjà le sentiment de faire de nombreux efforts pour surmonter ce vécu douloureux ». Parler, dans ce contexte, d'effort « médicalement » exigible n'a selon nous guère de sens, sur la base de ce qui précède. La difficulté d'objectivation de l'origine des douleurs dans le syndrome douloureux somatoforme persistant n'estompe pas la réalité de la douleur vécue par le sujet qui en fait l'expérience. Cette difficulté d'objectivation ne doit par ailleurs pas faire oublier que l'absence de preuve n'est pas la preuve de l'absence. Au vu de la chronicité des troubles, de l'intensité des douleurs décrites et de la rigidité des mécanismes psychologiques présentés par [l'assuré] les perspectives d'un point de vue pronostique sont très réservées, comme nous l'avons signalé (page 15 de notre rapport, par exemple). La question de l'exigibilité d'un effort sur le plan professionnel dans ce contexte nous paraît relever in fine d'une appréciation juridique. » La CNA s'est prononcée sur la prise de position précitée par écriture du 13 juin 2013, où elle a rappelé les critères dégagés par la jurisprudence fédérale en matière de troubles somatoformes douloureux pour que ceux-ci soient susceptibles d'entraîner une incapacité de gain, se prévalant du défaut de leur réalisation in casu. Elle a conséquemment maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Le recourant a communiqué sa position en date du 13 juin 2013, joignant à son écriture les avis de droit des Prof. Jörg Paul Müller et Dr Matthias Kradolfer, relatifs à l'octroi de rentes d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux persistants et atteintes à la santé similaires à la lumière de la jurisprudence fédérale rendue jusqu'en automne 2012 et du droit en vigueur dans le contexte des 5^{ème} et 6^{ème} révisions de l'assurance-invalidité. Était également annexée une traduction vers le français de l'avis du Prof Jörg Paul Müller et de celui du Dr Matthias Kradolfer intitulé « Syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (SPECDO) : avis de droit quant à la compatibilité avec la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH). » Se prévalant notamment des opinions de ces juristes, le recourant a rappelé que le critère du caractère surmontable des douleurs alléguées relevait tant de l'appréciation juridique que médicale. In casu, il a

considéré que les expertises judiciaires avaient très clairement conclu à l'impossibilité de surmonter ses douleurs du fait de la chronicité des troubles psychiques, de leur intensité et de la rigidité de son profil psychologique. La CNA a pour sa part constaté, en date du 26 juin 2013, que l'expert psychiatre renvoyait expressément à l'appréciation juridique pour estimer le caractère éventuellement surmontable des douleurs. Elle a au demeurant mis en exergue l'absence de pertinence de cette question, considérant que les conséquences des troubles psychiques n'étaient pas à sa charge. Le 2 juillet 2013, le recourant a relevé qu'il ne souffrait pas exclusivement d'un SPECDO, mettant en exergue les séquelles organiques démontrées par le Dr C. _____ et ayant entraîné une limitation substantielle avérée de ses capacités fonctionnelles. Dès lors, la jurisprudence liée aux SPECDO ne pourrait s'appliquer faute d'atteinte exclusive de cette nature en l'espèce. Il a renvoyé à cet égard à un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Zurich du 29 août 2012 contenant ce raisonnement. En outre, il a souligné que les critères retenus en matière de troubles somatoformes douloureux étaient remis en question, tandis qu'il estimait avoir démontré ne pas être objectivement en mesure de fournir l'effort de volonté nécessaire pour surmonter ses douleurs. Il a par ailleurs rappelé que les états antérieurs à un accident, non pathologiques, n'avaient pas lieu d'être pris en compte pour examiner l'incapacité de gain. Il a soutenu que des séquelles somatiques et neuropsychologiques avaient été diagnostiquées dans son cas, de même que des troubles psychiques, en lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 septembre 2006. S'agissant du lien de causalité adéquate entre ces troubles et ledit accident, dont le degré de gravité pouvait être qualifié de moyen, il a observé que les critères dégagés par la jurisprudence fédérale pour admettre un tel lien étaient réalisés in casu, à savoir le caractère impressionnant de l'accident, au vu de l'article de journal et des photographies du véhicule transmis à la Cour de céans, l'ampleur des blessures, la longue durée des traitements et de l'incapacité de travail, ainsi que la persistance des séquelles douloureuses. Le diagnostic de stress post-traumatique, susceptible d'expliquer la dégradation de son état de santé psychique, n'aurait au demeurant pas été définitivement écarté en l'occurrence. L'assuré s'est enfin prévalu de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral dans la cause 8C_116/2009 le 26 juin 2009, à son sens assimilable à sa situation. A la même date du 2 juillet 2013, la Cour de céans a rendu un arrêt en la cause AI 105/12 – 160/2013 se prononçant sur le recours de l'assuré en matière AI contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 5 avril 2012 par l'OAI suite à sa demande de révision formellement déposée le 10 octobre 2011. La cause a été renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision du fait de l'aggravation plausible de l'état de santé de l'assuré depuis la précédente décision du 26 novembre 2008. En date du 3 décembre 2013, le recourant a déposé un rapport médical adressé par le Dr G. _____ à l'OAI le 20 novembre 2013 en vue d'actualiser sa situation. Le médecin traitant y a relaté pour l'essentiel un état de santé stationnaire eu égard aux séquelles de l'accident du 7 septembre 2006 et émis un pronostic « pour le moins réservé quant à la possibilité d'une reprise professionnelle au-delà de 20% », la capacité de travail de l'assuré ne dépassant pas à son avis 20-30%, répartis sur quatre heures journalières. H. Par arrêt rendu le 29 septembre 2014, la Cour de céans a admis le recours de l'assuré, annulant la décision sur opposition litigieuse du 9 novembre 2009 et renvoyant la cause à l'intimée pour le calcul des prestations dues au sens des considérants. En substance, se fondant sur le caractère probant de l'expertise judiciaire qu'elle avait mise en œuvre, la Cour a considéré que l'assuré avait droit aux indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement jusqu'au 3 septembre 2009, date à partir de laquelle les traitements n'étaient plus

susceptibles de faire évoluer sensiblement l'état de santé de celui-ci sur les plans somatique et psychique. En outre, elle a retenu que les troubles anxieux et dépressifs mixtes entraînaient à eux seuls une incapacité totale de travail et se trouvaient en lien de causalité adéquate avec l'accident concerné. Elle a renvoyé la cause à la CNA pour que celle-ci fixe en conséquence le montant de la rente d'invalidité et procède à une nouvelle estimation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, en incluant l'affection psychique. I. Sur recours formé par la CNA, le Tribunal fédéral a annulé le jugement cantonal précité par arrêt rendu le 16 novembre 2015 (portant n° 8C_804/2014), renvoyant la cause à la Cour de céans pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, la Haute Cour a considéré, au regard des critères de sa jurisprudence, que l'accident du 7 septembre 2006 ne pouvait être tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques de l'intimé. Constatant que la juridiction cantonale n'avait pas examiné la question de l'incapacité de travail de l'assuré due aux atteintes somatiques, ni celle du taux de l'atteinte à l'intégrité pour ces seules atteintes, le Tribunal fédéral lui a renvoyé la cause en vue de l'examen de ces éléments. J. Les parties ont été invitées à se déterminer sur la reprise de l'instruction. Par courrier du 6 janvier 2016, la CNA a fait valoir qu'elle n'avait pas de déterminations particulières à formuler au sujet de la problématique somatique (incapacité de travail et indemnité pour atteinte à l'intégrité), maintenant ses conclusions à cet égard en vue de la confirmation de sa décision du 9 novembre 2009. Par acte du 11 janvier 2016, le recourant a modifié ses conclusions, requérant principalement que la décision litigieuse soit réformée en ce sens qu'il lui soit alloué dès le 1^{er} juin 2009, date de la fin du service des indemnités journalières, une rente d'invalidité en assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 50%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 25%. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision dont est recours et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il a estimé que l'expert C._____ pouvait être suivi dans son appréciation de la capacité de travail de l'assuré, réputée entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles objectives retenues, avec un rendement diminué de moitié. L'expert aurait par contre omis, en se prononçant sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de tenir compte des atteintes au bassin et aux genoux, en plus des atteintes retenues pour le coude. L'intimée et le recourant ont confirmé leurs conclusions respectives dans le cadre d'ultimes écritures, respectivement établies les 16 février 2016 et 10 mars 2016. K. Suite à l'arrêt rendu le 2 juillet 2013 par la Cour de céans en la cause AI 105/12 – 160/2013, l'OAI a statué à nouveau. Sur la base d'un rapport médical établi le 25 août 2014 par le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) il a refusé d'allouer ses prestations faute de diagnostic psychiatrique incapacitant et alors qu'une péjoration de l'état de santé sur le plan ostéoarticulaire ne devait pas faire obstacle à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cette décision, datée du 24 mars 2015 a fait l'objet d'un recours interjeté le 22 avril 2014. Dans le cadre de cette nouvelle procédure encore pendante devant la Cour de céans (portant n° de cause AI 98/15), une appréciation anticipée des moyens de preuve a conduit à constater que le rapport médical du SMR du 25 août 2014 précité ne remplissait pas les réquisits pour se voir attribuer pleine valeur probante. Ne recouvrant pas la nature d'une expertise neutre au sens de l'art. 44 LPGA, notamment s'agissant du respect des droits de participation des parties à une expertise, ce rapport n'a en outre pas été établi conformément aux nouveaux critères établis par le Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux. Ainsi, une expertise judiciaire a été mise en œuvre, tendant à compléter celle des Drs C._____ et E._____, dans le respect des droits de participation des parties à une expertise. L. Par

arrêt du 1^{er} février 2017 (cause n° AA 115/15 ap. TF – 10/2017), la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision sur opposition du 9 novembre 2009 et renvoyé la cause à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants. Elle a statué que l'assuré avait droit aux indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement jusqu'au 3 septembre 2009. En outre, elle a retenu que les troubles somatiques entraînaient une incapacité de travail de 50% et a renvoyé la cause à la CNA pour que celle-ci fixe le montant de la rente d'invalidité à laquelle avait droit l'assuré et procède à une nouvelle estimation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par arrêt du 5 décembre 2017 (cause 8C_197/2017), le Tribunal fédéral a admis le recours formé par la CNA, annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 1^{er} février 2017 dans la mesure où il retenait un taux d'incapacité de travail de 50% et renvoyé la cause à la Cour de céans pour instruction complémentaire au sens des motifs et nouveau jugement. Il a notamment retenu ce qui suit : « 5. 5.1 Dans son rapport du 4 avril 2011, l'expert C._____ a posé les diagnostics de pygalgies droites dans un contexte d'une très discrète tendopathie du moyen fessier et des dysbalances musculaires, associées à un déconditionnement psychique, d'épicondylalgie droite, de syndrome fémoropatellaire bilatéral, de syndrome douloureux chronique, de status après accident de la voie publique du 6 septembre 2009 [recte : 7 septembre 2006] avec pneumothorax droit drainé, contusion pulmonaire minime, fracture de côte cervicale droite, fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, plaie du conduit auditif externe droit et fracture de l'épicondyle latéral du coude droit. L'expert a en outre répondu à diverses questions de la recourante. Il a notamment indiqué que les atteintes reposant sur un substrat organique démontrable et qui étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, pour le moins partiellement imputables à l'accident (cf. question n° 4.2), concernaient la hanche et le coude. A la question: "Quelle est votre appréciation de la capacité de travail en termes d'horaires et de rendement dans d'autres activités adaptées au handicap? De quel type d'activités s'agit-il?" (question n° 8), l'expert a répondu que les limitations fonctionnelles des hanches avaient uniquement des conséquences sur les activités requérant la marche ou la position debout, ainsi que pour monter sur des échelles ou des échafaudages. Globalement, il n'y avait aucune limitation pour les postures en position assise ou les activités alternées. En ce qui concernait le coude, le somaticien a précisé qu'il n'existait pas de limitation de la mobilité, ni en flexion/extension, ni en prosupination, qui empêchaient le maniement d'appareils dans les activités quotidiennes. L'expert se disait néanmoins impressionné par la limitation de la force de préhension du patient pour laquelle il n'avait pas d'explication anatomique. Il a indiqué que l'évaluation des capacités fonctionnelles montrait une exécution extrêmement lente, que ce soit avec ou sans port de charge, "qui pourrait certainement être attribuée à des appréhensions par crainte de se bloquer". En conclusion, il a estimé que l'intimé pourrait, dans une activité surtout assise, sans adaptation, avec un travail des membres supérieurs limités selon les recommandations de l'évaluation des ports de charge, exercer un temps complet. Toutefois, le rendement devrait être abaissé de 50 %. Il était à noter néanmoins "une diminution de l'attention, ceci pourrait laisser sous-entendre une atteinte qui nécessiterait une évaluation neuro-psychologique". La recourante a précisé sa question n° 8 par deux sous-questions concernant l'appréciation de la capacité de travail dans des activités adaptées au handicap "compte tenu des atteintes imputables à l'accident reposant sur un substrat organique" (question n° 8.1) et "compte tenu de toutes les plaintes imputables à l'accident qui ne reposent pas sur un substrat organique" (question n° 8.2). A ces deux questions, l'expert a répondu par "Cf 8" à la

première et par "Identique à ce qui est noté sous 8" à la seconde. 5.2. On peut déduire de ce rapport que les limitations fonctionnelles des hanches et du coude ne restreignent pas la capacité de travail de l'intimé dans une activité adaptée en position assise. Les raisons avancées par l'expert pour justifier une diminution de rendement ne paraissent pas avoir une origine somatique et ne sont de surcroît que de simples hypothèses au vu des termes utilisés ("pourrait certainement être attribuée"; "pourrait laisser sous-entendre"). On ne sait pas d'ailleurs dans quelle mesure l'expert attribue la baisse de rendement à une peur de se bloquer et/ou à une diminution de l'attention. Enfin l'expert retient que l'incapacité de travail est la même compte tenu des seules atteintes reposant sur un substrat organique et compte tenu de celles qui ne reposent pas sur un tel substrat. L'expert ne fournit aucune explication sur cette apparente contradiction. Dans ces conditions, il n'est pas possible de se prononcer précisément sur la capacité résiduelle de travail de l'intimé dans une activité adaptée compte tenu de ses seules atteintes somatiques en lien de causalité avec l'accident. La cause doit dès lors être renvoyée à la juridiction précédente pour qu'elle rende un nouveau jugement après complément d'instruction sous la forme d'une demande d'éclaircissements adressée à l'expert C._____ ou, au besoin, en mettant en oeuvre une nouvelle expertise. » M. a) Reprenant l'instruction de la cause, la Cour de céans a invité, le 12 juillet 2018, le Dr C._____ à se déterminer sur la base de questionnaires produits par les parties. Il a rendu son rapport le 25 septembre 2018 à la teneur suivante : « Questionnaire CNA : 1) Dans votre rapport du 4 avril 2011, vous signifiez que M. F._____ peut dans « une activité assise, sans adaptation avec un travail des membres supérieurs limité selon les recommandations de l'évaluation des ports de charges, exercer un temps complet ». Vous signifiez également que « toutefois le rendement devrait être abaissé de 50% » (rapport du 4 avril 2011 du Dr C._____, p. 11 : réponse à la question 8.) 1.1 Pourriez-vous expliquer cette contradiction ? 1.1.1 C'est le choix des mots qui est malheureux : en fait par « temps complet » je voulais noter un temps de présence sur des journées (donc journée complète) mais avec une baisse de rendement. 1.2 La baisse de rendement évoquée dans votre expertise est due à des problèmes somatiques ? 1.2.1 Non. C'est dû aux appréhensions d'avoir des douleurs et aux craintes de péjorer sa situation, de même qu'aux troubles de concentration. C'est pour cette raison que c'est marqué « quand il n'est pas conscient des meilleurs résultats peuvent être obtenus. Nous constatons un certain cumul entre ce que M. F._____ montre et certaines limitations que nous avons constatées. » (Discussion, p.8). 1.3 Si la réponse à la demande 1.2 est oui, dans quelle mesure ? Question tombe vu que la réponse est non. 1.4 Dans quelle mesure la baisse de rendement évoquée peut être attribuée à une « appréhension par crainte de se bloquer » et/ou à une diminution de l'attention (voir rapport du 4 avril 2011 du Dr C._____ ; p.11 : réponse à la question 8) ? 1.4.1 Comme marqué sous 1.2 : c'est surtout cet aspect psychologique qui influence le rendement. 2) Dans votre rapport du 4 avril 2011 vous répondez aux questions 8.1 et 8.2 par des renvois (question 8.1/ réponse : « Cf. 8 » et question 8.2/ réponse : identique à ce qui est noté sous 8 »). Vous semblez donc considérer que l'incapacité de travail en termes d'horaires et de rendement dans d'autres activités adaptées au handicap serait la même compte tenu des atteintes imputables à l'accident reposant sur un substrat organique et compte tenu de celles qui ne reposent pas sur un tel substrat. 2.1 Pourriez-vous expliquer cette contradiction ? 2.1.1 C'est à nouveau un raccourci malheureux : en effet en ne prenant en considération uniquement les lésions organiques (fracture coude, lésion bassin et hanche) – sans entrer dans le ralentissement qui a son substrat plutôt d'appréhensions vu les inconstances notées – force est à noter que les limitations correspondent aux limitations fonctionnelles dans l'ECF.

Et ainsi, il n'y a pas de diminution de rendement. Au contraire de la question 8.2 qui englobe les facteurs non accidentels. 2.2 Quelle est votre appréciation de la capacité de travail de M. F. _____ en termes d'horaires et de rendement dans d'autres activités adaptées à l'handicap compte tenu des atteintes imputables à l'accident reposant sur un substrat organique ? 2.2.1 En ne se contentant que de la partie orthopédique et de médecine physique, et en me basant sur mon évaluation des capacités fonctionnelles du 1.4.2017 (dans le cadre d'une expertise AI) nous retenons les limitations suivantes pour les ports de charges: - sol-taille : 5 kg - taille-tête : 5 kg - Porter sur 10 m : 5 kg - Pousser (rarement) : 10 kg Alternance des postures debout-assise toutes les 30 min, avec une pause toutes les 2h, il devrait pouvoir travailler des jours entiers dans une activité plutôt sédentaire. Questionnaire de Me Nordmann Monsieur le Dr C. _____ est prié de prendre connaissance de l'arrêt du Tribunal fédéral du 5 décembre 2017 annexé, estimant en substance que son rapport ne permet pas à lui seul « de se prononcer précisément sur la capacité résiduelle de travail de l'intimé dans une activité adaptée compte tenu de ses seules atteintes somatiques en lien de causalité avec l'accident ». Au vu de l'appréciation émise par le TF sur votre rapport du 4 avril 2011, pourriez-vous préciser les points suivants, au besoin après avoir revu le patient :

a) quelles sont précisément les limitations somatiques de l'assuré dans une activité réputée adaptée en position assise ? Autrement dit : pouvez-vous clarifier, préciser, confirmer ou infirmer les hypothèses évoquées au considérant 5.2 de l'arrêt du TF ? Les limitations sur une base purement somatique sont les suivantes : pour les ports de charges: - sol-taille : 5 kg - taille-tête : 5 kg - Porter sur 10 m : 5 kg - Pousser (rarement) : 10 kg Alternance des postures debout-assise toutes les 30 min, avec une pause toutes les 2h, il devrait pouvoir travailler des jours entiers dans une activité plutôt sédentaire. b) A quoi est due la baisse de rendement que vous estimez à 50% : - S'agit-il de douleurs éprouvées dans la position assise (si oui : préciser s'il existe un moyen de réduire ces douleurs, par exemple par certains mouvements ou par des pauses et de quelles fréquences et durées) ? Non c'est une diminution liée à l'appréhension et aux troubles de concentration - S'agit-il d'un déficit d'attention et/ou d'un processus d'appréhension et d'évitement de la douleur ? Oui - S'agit-il des douleurs qui apparaissent lors de mouvements répétitifs du coude et/ou poignet et de la main droite (selon votre rapport) ? Des douleurs liées à des souffrances non liées à l'accident. - S'agit-il de l'effet pendant la journée, des douleurs et réveils nocturnes évoqués dans ce rapport ? Non - Y-a-t-il d'autres facteurs limitatifs du rendement et si oui lesquels ? c) Il est question de lenteur dans l'exécution des tâches dans une activité assise : à quoi est due cette lenteur selon vous ? Cette lenteur est liée à l'appréhension de déclencher des douleurs, créant ainsi une surprotection. d) Les médicaments utilisés peuvent-ils avoir un effet négatif sur l'attention et la concentration ? Oui, tant le Remeron (anti-dépresseur) que le Tramadol (anti-douleur) peuvent diminuer la concentration, vu que les effets secondaires bien connus, sont la fatigue et le trouble de concentration. e) Estimez-vous que sur le plan somatique, une évolution pourrait encore avoir lieu dans le sens d'une amélioration de la capacité de travail, notamment via l'introduction de mesures de type professionnel (ergothérapie, mesures d'entraînement au travail, etc) ? Actuellement, et avec le recul (ayant revu cette personne à plusieurs reprises dans le cadre d'expertises) il n'y a pas de réelle amélioration de la capacité de travail à s'attendre de mesures proposées. f) Toutes autres réflexions ou appréciations de votre part En espérant que ces précisions vous seront utiles, je reste à votre disposition pour de plus amples informations. » A la demande des parties, le Dr C. _____ a complété son rapport en relevant notamment ce qui suit : « Questionnaire CNA : L'expert se contente d'énumérer les limitations fonctionnelles, sans toutefois

commenter pour quel motif une restriction quant aux poids apportés surtout en alternance position debout assise toutes les 30 minutes, avec une pause toutes les 2 heures, serait nécessaire. Il convient en effet de signaler que ces limitations fonctionnelles, surtout en ce qui concerne la hanche, elle correspond partiellement initial. En effet, dans son rapport d'expertise [du] 4 avril 2011, celle-ci écrivait notamment qu'il n'y a aucune limitation pour les postures en position assise, respectivement que l'expertisé souffre surtout d'un déconditionnement musculaire dans un contexte cognitivo-comportemental s'expliquant par les nombreuses appréhensions le freinant dans les activités physiques. En ce qui concerne le coude, le Docteur C. _____ n'avait pas non plus noté de limitation de mobilité ni en flexion, ni en extension ni en prosupination. Par contre, il est impressionné par la limitation de force de préhension du patient pour laquelle il n'avait pas d'explication anatomique. De l'avis de l'intimé, ces contradictions doivent encore être levées. Pour répondre à ces remarques, je dois me référer à mon expertise complémentaire faite dans le cadre de l'AI où j'avais revu le patient et nous avons organisé une évaluation des capacités fonctionnelles à Q. _____ le 1.4.2017, c'est donc ces nouvelles évaluations qui sont prises en compte. Concernant les alternances de postures après 30 minutes, c'est ce qui a été observé durant l'évaluation des capacités fonctionnelles et lors d'un travail prolongé, il avait besoin d'une pause de 10 min après 2 heures d'activité. Cette évaluation se trouve ci-dessous et étant donc plus récente d'où des valeurs différentes : [Suit le relevé chiffré des différentes évaluations fonctionnelles auxquelles l'expert a procédé : évaluation de port de charges, postures / mobilité, déplacement, dextérité (test de coordination), test pact (auto-évaluation [ndr : auto-évaluation des capacités de la personne à réaliser certaines activités de la vie quotidienne : vaisselle, jardin, bricolage, peinture, courses, monter et sortir d'une voiture, etc.]), profil de rendement. L'expert a ensuite analysé les aptitudes suivantes : déplacements, charges, tirer-pousser en relevant ce qui suit] : Pas de travail bras au-dessus de la tête, notons des bonnes performances en position assise statique. Lors des déplacements, le patient signale des douleurs. Lors des performances de port de charges, elles sont suboptimales, car le patient a fait une évaluation psychophysique, avec en plus rapidement une boiterie. Questionnaire de Me Nordmann a) Estimez-vous la prescription des médicaments mentionnés à la page 4, soit Remeron et Tramadol (l'un et/ou l'autre ou l'association des deux) médicalement justifiée ? Je tiens en premier lieu à rappeler que le Remeron est un anti-dépresseur et que le Tramadol est un antalgique (faible morphinique) qui peuvent avoir des interactions par leurs effets sérotoninergiques : ils peuvent donc s'influencer mutuellement. Je mettrai un bémol sur l'association avec le Tramadol, mais il faudrait voir avec le psychiatre si le Remeron est justifié. b) Quel est à votre avis le pourcentage de diminution de rendement lié à la contrainte somatique décrite soit entre « alternance de posture toutes les 30 minutes et pauses toutes les 2 heures » ? La diminution de rendement ne doit pas dépasser les 10%. c) Mêmes questions, à savoir estimation de la diminution de rendement (médicalement parlant) à raison des effets secondaires des médications prescrites sur l'attention et la concentration à plein temps. La diminution de rendement liée aux médicaments ne doit pas dépasser les 10 à 20%. » Se référant dans ses déterminations du 27 mars 2019 à l'appréciation chirurgicale du 13 mars 2019 de la Dre U. _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, médecin auprès de la Division médecine des assurances de la CNA, celle-ci a indiqué ce qui suit : « Nous accusons réception de votre correspondance du 14 décembre 2018, nous adressant un exemplaire des réponses du Dr C. _____ au complément de l'expertise du 25 septembre 2018. Ces documents, lesquels renvoient également à l'expertise médicale faite en 2017

dans le cadre de l'AI, ne permettent toujours pas de se prononcer sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes somatiques en lien de causalité avec l'accident. Tout comme en 2011, l'appréciation du rendement pour les séquelles somatiques exclusivement reste profondément contradictoire, ce qui a été confirmé par notre spécialiste en chirurgie générale et traumatologie à qui nous avons soumis le dossier. Notamment, la Dresse U. _____, après avoir relevé toutes les incohérences et les contradictions figurant dans l'expertise et ses compléments, conclut dans son appréciation chirurgicale du 13 mars 2019 (cf. annexe) que l'appréciation du Dr C. _____, quant à la diminution de rendement suite à l'atteinte somatique ou orthopédique, ne peut être suivie. En résumé elle relève que lors de ses expertises médicales et leurs compléments, le Dr C. _____ s'est basé sur les évaluations des capacités fonctionnelles effectuées en 2011 et 2017, tout en reconnaissant lui-même que leurs résultats étaient peu fiables, pour retenir, pour les seules séquelles somatiques, une capacité de travail avec diminution de rendement de 50% chez Monsieur F. _____. Ensuite, les médicaments que prend l'assuré de manière irrégulière et qui sont de surcroît peu ou sous-dosés, ne peuvent selon notre spécialiste entraîner les effets secondaires incriminés et, par conséquent, être à l'origine d'une diminution de rendement. Aussi, la Dresse U. _____ reconnaît-elle à Monsieur F. _____ une capacité de travail à 100% sans baisse de rendement dans une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les déplacements en terrain accidenté, la montée et descente répétée d'escaliers, d'échelles voire d'échafaudages, ainsi que le port de charge de plus de 5-10 kg et avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout. Dans ces conditions, l'on ne peut attribuer pleine valeur probante à l'expertise du Dr C. _____ et à ses compléments, dès lors qu'ils contiennent de nombreuses contradictions et que l'expert se fonde sur des éléments non somatiques pour retenir une baisse de rendement dans une activité adaptée chez l'assuré. Par conséquent, il apparaît qu'une nouvelle expertise doit être mise en œuvre, à moins que la capacité de travail, telle que définie par la Dresse U. _____ dans son appréciation chirurgicale du 13 mars 2019, emporte la conviction du Tribunal et que celui-ci estime que des mesures d'éclaircissement complémentaires seraient superflues. » Dans ses déterminations du 16 mai 2019, F. _____ s'est exprimé en ces termes : « L'expertise C. _____ retient, sur la base de tests d'évaluation fonctionnelle, une diminution de rendement, dans une activité de substitution exigible (travail en usine ou en atelier) de 50%. Le complément d'expertise du Dr C. _____ ne remet pas ce pourcentage en cause. Contrairement à ce qu'affirme la SUVA, le Dr C. _____ n'a pas retenu qu'une partie de ce handicap serait due à des raisons psychiques. La diminution du rendement résulte de plusieurs facteurs : - des douleurs pratiquement en permanence nécessitant des changements de positions au moins toutes les demi-heures et des pauses toutes les deux heures ; - une gestuelle plus lente en raison de l'appréhension des douleurs (il n'est dit nulle part que cette appréhension serait infondée, autrement dit que ce serait une crainte de douleurs qui n'existent pas); - effet des médicaments anti-dépression et antidouleurs (et somnifères) sur la capacité de concentration et donc le rendement. Sur ce dernier point (médicaments), le recourant ne prend plus de Remeron, mais du Targin, qui est un opioïde. Par ailleurs, ces douleurs et sans doute le médicament en question constituent chez lui de graves perturbateurs de sommeil. Ci-dessous, je vous indique les médications en cours : - Mirtazapine sandoz cpr peul 30 mg : antidépresseurs - Oxynorm 10 mg : analgésiques stupéfiants - Tranxilium tabs cpr pell 20 mg : sédatifs - tranquillisants - Trittico cpr 50 mg : antidépresseurs - Zoldorm cpr pell 10 mg : somnifères simples - Targin

20 mg : analgésiques stupéfiants - Co-dafalgan 500 / 30mg - Dafalgan 1 g - Irfen 600 mg anti-inflammatoire Avec le mauvais sommeil et les somnifères, il faut plusieurs heures le matin pour que M. F._____ ne soit plus "vaseux". Il n'est guère opérationnel avant 9 ou 10 heures du matin. Reste à déterminer si, comme le laisse entendre la SUVA, l'assuré exagère ses troubles ou ne participe pas pleinement aux évaluations médicales et professionnelles. L'expertise de base du Dr C._____ notait que « la concordance entre l'anamnèse fournie par M. F._____ et ce qui est noté dans le dossier est parfaite. Les plaintes sont restées concordantes au cours de son histoire ... » (p. 47). L'expert a constaté « que le patient semble bien limité dans ce qu'il parvient à faire traduisant l'importance des conséquences fonctionnelles de l'état douloureux » (p. 48). Certes, l'expert a écrit que le test de Waddell était pathologique (p. 48), mais ce n'est pas le cas puisque l'échelle de Waddell, chez le recourant, est à 2/5. Le problème principal du recourant, ce sont donc les douleurs permanentes et l'absence de concentration induite par les lourdes médications. De plus, l'expert écrit (p. 48) « les performances sont évaluées à un moment précis, sans que nous puissions l'extrapoler dans le temps ». Le problème est donc sur la durée des performances, ce qui est essentiel pour l'appréciation du rendement, notamment pour les gestes répétitifs, comme l'écrit l'expert à la page 49 (« il pourrait avoir une capacité de travail de 50% sur le plan somatique se basant sur les limitations fournies dans l'ECF (évaluation des capacités fonctionnelles). Cette capacité de 50% découle de l'importante diminution du rendement dans l'exécution des gestes (voir évaluation gestes répétitifs dans le Perdue p. ex.)... ». Au vu de tout ce qui précède, il semble que votre Cour soit à même d'apprécier la situation somatique (pas d'interférence psychique à prendre en compte dans le présent litige), l'appréciation globale de l'expert aboutissant à une diminution de rendement somatique de 50% pouvant être suivie. Dans sa prise de position du 27 mars 2019, la SUVA écrit : « par conséquent, il apparaît qu'une nouvelle expertise doit être mise en oeuvre, à moins que la capacité de travail, telle que définie par la Dresse U._____ dans son appréciation chirurgicale du 13 mars 2019, emporte la conviction du Tribunal ... ». Le recourant, de son côté, estime que c'est l'appréciation du Dr C._____, expert judiciaire, et non de la Dresse U._____ (qui a émis un avis sur dossier et sans voir le patient, autrement dit un avis qui n'est rien d'autre qu'une déclaration de partie) qui devrait être préféré. A l'instar de la SUVA, nous avons une position subsidiaire : si le Tribunal devait ne pas juger probante l'expertise C._____, il faudrait alors effectivement une nouvelle expertise avec une nouvelle évaluation professionnelle pour un travail en usine ou en atelier (étant précisé que dans ce dossier personne ne prétend que le recourant pourrait exercer une activité nécessitant un investissement physique autre qu'en usine ou en atelier, tel que chauffeur-livreur, ouvrier de chantier ou autre). » E n d r o i t : 1. La Cour des assurances sociales doit statuer à nouveau dans cette affaire, après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 5 décembre 2017. 2. En substance, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était nécessaire de procéder à un complément d'instruction sur la question de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée compte tenu de ses seules atteintes somatiques en lien de causalité avec l'accident du 7 septembre 2006. 3. Les modifications de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1 er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit. 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi

n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

5. a) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet

égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 6. Tel que circonscrit par le Tribunal fédéral dans son arrêt de renvoi du 5 décembre 2017, le litige subsiste sur le seul point de savoir si, sur le plan strictement somatique, la capacité de travail résiduelle du recourant se trouve entravée par une diminution de rendement propre à conduire, dès après la stabilisation du cas, à un droit à des prestations de l'assurance-accident. Au regard du complément d'instruction requis, cela revient à apprécier les conclusions de l'expert C._____, respectivement à éprouver leur valeur probante. Il est admis que l'atteinte à la santé sur le plan somatique – à savoir la persistance d'une symptomatologie douloureuse – repose sur un substrat organique tenant aux hanches et au coude. Quant aux hanches, les limitations fonctionnelles tiennent au temps de marche et à la station debout, une pleine capacité étant retenue en position assise, avec alternance des positions. Quant au coude, il n'y a plus de limitation objective de la mobilité, mais une limitation en termes de force. L'expert retient par ailleurs une parfaite cohérence du tableau clinique au long cours, alors que la capacité fonctionnelle se trouve en définitive entravée par un mode d'exécution lente, tenant essentiellement à des appréhensions de blocages propres à générer ou accroître la douleur. Il ressort des déterminations successives de l'expert qu'en réalité, il peine encore et toujours – respectivement se refuse – à dissocier la cause strictement organique de la diminution du rendement, du substrat non organique tenant en résumé aux empreintes du diagnostic de trouble somatoforme retenu sur le plan psychique. On observe ainsi que, selon l'expert, l'assuré, sur un plan strictement physique, est capable de faire une journée entière de travail, la diminution de rendement au travail n'étant pas due à un problème somatique, mais d'ordre psychique (appréhension quant à la douleur avec mécanismes de surprotection, avec diminution de la concentration due à ceux-ci comme à la prise de médicaments). Alors que les limitations fonctionnelles sont précisées, conduisant à retenir une pleine capacité de travail en position assise avec alternance des positions, respectivement à de bonnes performances en position assise et statique, le port de charges ne se trouve entravé, de l'aveu de l'expert, que par une auto-évaluation « psycho-physique » de l'intéressé. On observe enfin que dans cette problématique de l'évaluation d'un rendement au travail au regard des seules limitations physiques, l'expert est peu cohérent retenant tantôt un taux global de 50%, tantôt une diminution maximale de 10% pour l'alternance des positions et des pauses, et de 10 à 20% pour les effets des médicaments. Avec l'expert, il convient d'admettre toute la difficulté dans le cas d'espèce d'isoler la problématique strictement somatique tenant aux suites de l'accident, de la problématique globale d'un assuré auquel on ne dénie en aucun cas les souffrances permanentes, lesquelles relèveraient toutefois plutôt du diagnostic psychiatrique également clairement posé. Le contentieux de l'assurance-accident impose cependant de dissocier ces critères, dans la mesure où la prise en charge des suites psychiques de l'accident se trouve écartée faute de causalité suffisante. A cet égard, les considérations émises par la CNA, telles que motivées par la Dre U._____, au terme d'une analyse rigoureuse et circonstanciée de l'ensemble des évaluations médicales successives, mènent au constat, non pas d'un manque d'objectivité de l'expert quant aux examens pratiqués et à ses conclusions, mais au fait que celui-ci admet implicitement ne pas pouvoir se cantonner à une approche strictement

somatique des conséquences de l'accident. On observe du reste dans ce sens la perplexité de l'expert lui-même quant à l'absence des répercussions physiologiques qu'aurait dû entraîner la boiterie de l'intéressé, ce qu'avait déjà observé la Dre X._____. Enfin, les arguments tirés de la prise de médicaments et l'impact sur la concentration ne sauraient conduire, comme l'argumente la Dre U._____ de manière convaincante, à une diminution du rendement sur le seul plan physique. Cela étant, l'analyse strictement médico-théorique du cas par l'expert C._____ échappe à la critique, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise sur le plan orthopédique. Ne seront toutefois pas suivies les conclusions de cet expert quant à une diminution de rendement tenant aux seules atteintes physiques, ceci au regard des seules limitations fonctionnelles très claires afférentes à ce seul registre, seules déterminantes pour la résolution du contentieux de l'assurance-accident. Sur le plan médico-théorique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est dès lors retenue. Il y a lieu de préciser qu'une approche médicale globale du cas de l'assuré en termes de capacité de travail résiduelle effective, que celui-ci comme le Dr C._____ appellent de leurs vœux, pourra s'effectuer, sur le plan assécurologique, dans le cadre du contentieux de l'assurance-invalidité, encore pendant. 7. Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté par F._____ se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition du 9 novembre 2009. 8. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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