

VD_GERICHTE ZA09.043106 vom 29. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA09.043106

FR: VD_GERICHTE ZA09.043106 du 29 septembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZA09.043106 del 29 settembre 2014

Erwägungen

E. 11

Toujours dans une activité manuelle de substitution, l'expertisé serait-il handicapé par l'état de son membre supérieur droit (notamment le coude en extension imparfaite) ? Oui. [...]

E. 11.1

Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Faisant notamment usage d'une délégation de compétence prévue à l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Selon l'alinéa 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA. Cette annexe comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2).

- 56 - La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1).

E. 11.2

Le Tribunal fédéral des assurances a consacré le caractère objectif ou égalitaire de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui doit être fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par l'assuré (ATF 113 V 218 consid. 4). La gravité de l'atteinte s'apprécie selon les constatations médicales. Elle doit être la même pour tous les assurés présentant le même status médical, sur la base des mêmes constatations médicales objectives. Elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous et il n'est pas nécessaire de tenir compte des

inconvenients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné ou des effets particuliers ressentis par un assuré donné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références citées). Il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984 p. 100 ss ; Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 68). Cette appréciation a lieu sur le plan médico-théorique et les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart. Les circonstances particulières (handicap dans les loisirs, âge, etc.) de l'assuré

- 57 - ne sont pas prises en considération dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ni la manière dont ce dernier ressent les douleurs.

E. 11.3

Aux termes de l'art. 24 al. 2 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Cette disposition légale ne fixe pas seulement le moment auquel l'assureur-accidents doit statuer sur le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également le moment déterminant auquel les conditions matérielles du droit doivent être examinées. L'assureur doit d'abord statuer sur le droit à la rente avant de rendre sa décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (TF 8C_221/2012 du 4 avril 2013 consid. 4.2.2 ; TFA U 105/03 du 23 décembre 2003 consid. 5.2 in : RAMA 2004 n° U 508 p. 265).

E. 11.4

En l'occurrence, la CNA a fixé à 7,5% le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, se basant sur l'appréciation purement somatique de la Dresse M. _____ du 17 avril 2009. Or, vu la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate entre les troubles anxieux et dépressifs présentés par l'assuré au terme de la présente procédure, il y a lieu de tenir compte de l'appréciation de l'expert psychiatre pour déterminer le montant dû au titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce dernier a retenu une atteinte moyenne à sévère justifiant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux oscillant entre 50% et 80% selon la table 19 édictée par la CNA. Partant, la cause sera renvoyée à l'intimée sur cette question, à laquelle il incombera de déterminer précisément le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en collaboration avec ses médecins d'arrondissement, de calculer le montant correspondant devant être alloué à l'assuré et de rendre une nouvelle décision fixant ces éléments.

- 58 - 12. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée sous suite de renvoi à l'intimée pour calcul des prestations dues et nouvelle(s) décision(s). 12.1 En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice. 12.2 Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, arrêtés in casu à 4'000 francs à charge de l'intimée qui succombe (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA- VD).

- 59 -

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) ?

- 28 - 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 F. _____ le 13 octobre 2011.

- 29 - 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 E. _____, spécialiste en chirurgie, exposant que seules les séquelles observées au coude et à la hanche par le Dr D. _____ 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 Dresse Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de la division juridique de la CNA. Cette spécialiste a notamment relevé que le Dr F. _____ n'avait nullement investigué l'éventuelle problématique de dépendance à la cocaïne et aux opiacés, dont la consommation avait entraîné une consultation aux urgences de la part de l'assuré. Elle a souligné que l'expert s'était contenté des dires de l'assuré quant à son abstinence et n'avait procédé à aucun test à cet égard, lequel aurait au demeurant été susceptible de contrôler la compliance du recourant au traitement médicamenteux. Cette praticienne a également noté que le contexte conjugal n'avait pas été examiné, alors que le recourant avait été victime d'une morsure de sa compagne en 2007, laquelle avait derechef nécessité une consultation en urgence au Centre L. _____. En outre, la Dresse Z. _____ a mis en exergue les divergences entre les plaintes alléguées et les constats cliniques, notamment neuropsychologiques, lesquelles n'avaient pas été discutées par l'expert psychiatre, ce qui justifiait de considérer son rapport comme lacunaire. S'agissant de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, elle a considéré que celle-ci n'était aucunement expliquée et ne pouvait en conséquence être suivie.

- 30 - Le Dr F. _____ 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'oeuvre 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. Il arrive que, au travers d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique, l'on puisse dégager quelques espaces de mobilité dans le quotidien par rapport au vécu des douleurs et ainsi améliorer la qualité de vie et la symptomatologie anxieuse et dépressive le cas échéant. Certains aspects de rigidité du fonctionnement psychologique de [l'assuré] nous conduisent cependant à une certaine réserve quant au pronostic de ce point de vue-là (cf. notamment la réponse à la question 7 (page 12) de notre rapport du 15 septembre 2011). »

- 31 - 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 F. _____ était lacunaire et fondée sur des considérations essentiellement subjectives par pli du 26 mars 2012. Elle a annexé un nouvel avis de la Dresse Z. _____ 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 rendît 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 jurisrudentiels 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 J. _____. 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

- 32 - 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 D. _____ 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 D. _____, 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.

- 33 - 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 F. _____ 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.

- 34 - 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 5ème et 6ème révisions de

l'assurance-invalidité. Était également annexé une traduction vers le français de l'avis du Prof Jörg Paul Müller et de celui du Dr Matthias Kradofer 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 à son sens démontrées par le Dr D._____ 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

- 35 - 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 S._____ 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

- 36 - 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. La CNA s'est déterminée sur ces dernières écritures le 6 janvier 2014, constatant le défaut d'éléments nouveaux pertinents pour le sort du litige et persistant dans les conclusions précédemment communiquées.

- 37 - E n d r o i t : 1. 1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du

E. 20

mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). 1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA- VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 1.3 S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède manifestement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD). 1.4 En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

- 38 - 2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée postérieurement à la date du 21 juin 2009, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles somatiques et psychiques présentés au-delà de cette date et l'accident du 7 septembre 2006. Dans ce contexte, il s'agira dès lors notamment de déterminer le degré de gravité dudit accident et de se prononcer sur la réalisation éventuelle des critères retenus par la jurisprudence fédérale pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident concerné. Est également litigieux le taux d'invalidité du recourant, partant son droit éventuelle à une rente de l'assurance-accidents, pour autant que sa situation de santé puisse être considérée comme stabilisée. Enfin, le recourant conteste le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5% qui a été déterminé en sa faveur par l'intimée sur la base de l'évaluation de son médecin d'arrondissement, la Dresse M._____. 3. 3.1 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité

journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

- 39 - D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). 3.2 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). 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 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). 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 (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

- 40 - Ainsi, 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 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75). 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 (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006). 3.3 En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance- accidents

implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du

- 41 - 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références). Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle 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 les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques : - 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 ;

- 42 - - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - 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 si l'on se trouve à la limite 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 de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4). 4. Selon une jurisprudence bien établie, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées). Seule la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (tel un état dépressif majeur), ou la présence de critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux peuvent conduire à une invalidité. Parmi ces critères doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs

années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations

- 43 - de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 130 V 352 consid. 2.2.3). Conformément à la doctrine médicale, sur laquelle se fonde la jurisprudence, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et les références citées). Cela ne saurait être le cas que lorsque l'état dépressif présente les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine). 5. 5.1 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure,

- 44 - selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés.

Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du

E. 21

juillet 2005 consid. 5.2).

- 45 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 5.2 Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). 6. In casu, au stade de la procédure de recours, il est ressorti des pièces versées au dossier de la CNA que l'assuré avait fait l'objet d'examens approfondis – bien qu'inachevés – au sein de la Clinique O. _____, ainsi que de plusieurs examens auprès des médecins d'arrondissement de la CNA, soit les Drs P. _____ et M. _____. A réception du rapport du 13 mars 2009 de la docteure précitée, l'intimée n'a procédé à aucune autre investigation médicale substantielle, s'étant limitée à s'enquérir de l'incapacité de travail impliquée par l'intervention du 11 juin 2009 effectuée par le Dr H. _____. Elle a dans l'intervalle rendu la décision du 5 mai 2009, confirmée sur opposition le 9 novembre 2009. La Cour de céans a toutefois estimé être insuffisamment renseignée sur l'état de santé de l'assuré, plus particulièrement sur ses capacités fonctionnelles effectives d'un point de vue somatique et sur la nature précise de ses troubles psychiques, qui plus est au vu des compléments suggérés sur ce dernier point par la

- 46 - Dresse M. _____ elle-même, ainsi que des éléments observés par le Dr D. _____ le 3 septembre 2009. Elle a en conséquence mis en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire, conformément à la requête expresse du recourant, néanmoins d'entente entre les deux parties, à l'issue de l'audience du 20 mai 2010. 6.1 Les rapports établis dans ce contexte en date des 4 avril 2011 et 15 septembre 2011, respectivement par les Drs D. _____ et F. _____, lequel a dûment complété ses réponses les 29 décembre 2011 et 16 mai 2013, remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante, contrairement à ce que soutient l'intimée. Singulièrement, les experts ont procédé à des investigations extrêmement fouillées de l'état de santé objectif du recourant, sans manquer de détailler les éléments pertinents de son anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Il ont également opéré une analyse complète des pièces du dossier, en particulier des rapports d'examen de la Clinique O. _____ et des médecins d'arrondissement de la CNA. Ils ont justifié l'ensemble des diagnostics somatiques, respectivement psychiques, retenus en l'espèce, après avoir effectué des investigations complémentaires (radiographies et tests neuropsychologiques), ainsi qu'une évaluation professionnelle concrète du potentiel du recourant (évaluation des capacités fonctionnelles). Les conclusions communiquées par les experts sont non seulement particulièrement étayées, mais également tout à fait convaincantes, compte tenu des

observations cliniques minutieusement consignées à l'issue de leurs examens. 6.2 Quoi qu'en dise l'intimée, eu égard au volet psychique étudié par le Dr F._____, force est de constater que ce dernier a répondu exhaustivement à ses questions, ainsi qu'aux compléments requis de la

- 47 - part du juge instructeur, s'étant limité à juste titre à des considérations exclusivement médicales. Concernant l'éventuelle dépendance aux drogues évoquée chez le recourant, il faut certes concéder que le Dr F._____ n'a pas procédé à des analyses sanguines susceptibles de vérifier une consommation récurrente. Cela étant, il ne fait pas de doute que cet aspect n'aurait pas manqué d'être mis en évidence au cours des prises en charge et consultations hospitalières du recourant, ainsi que des nombreux examens spécialisés effectués depuis l'accident du 7 septembre 2006 (par exemple durant son séjour auprès de la Clinique O._____). En outre, s'agissant du contexte conjugal particulier vécu par le recourant, cet élément semble davantage s'inscrire dans les conséquences secondaires extra-médicales de l'événement accidentel qu'être à l'origine de la pathologie dépressive diagnostiquée par le Dr F._____. Par ailleurs, les observations de la Dresse Z._____ quant aux résultats des tests neuropsychologiques ne sont pas en contradiction avec les constats du Dr F._____, ce dernier ayant expressément relevé, à l'instar de la neuropsychologue en charge de l'examen, que les performances de l'assuré se trouvaient dans les limites de la norme. Il n'a au demeurant retenu aucun diagnostic sur le plan neurocognitif. Enfin, eu égard à l'effort de volonté exigible en vue de surmonter la symptomatologie douloureuse, le Dr F._____ a exposé en quoi cette question lui apparaissait dénuée de pertinence dans le cas d'un assuré centré sur ses problèmes physiques et peu réceptif aux traitements psychiatriques. Il a au surplus souligné que la situation devait être considérée comme figée compte tenu de la rigidité psychique du recourant et d'un pronostic extrêmement réservé.

- 48 - En définitive, l'on ne voit pas en quoi le rapport du Dr F._____ serait lacunaire ou contradictoire, les arguments de l'intimée – qui tente en vain de substituer sa propre appréciation à celle de cet expert – devant être écartés. 6.3 S'agissant de l'aspect somatique, la CNA fait principalement grief au Dr D._____ d'avoir apprécié la capacité de travail résiduelle de l'assuré en tenant compte d'éléments subjectifs, soit les douleurs alléguées, et de la problématique psychique pour conclure à une baisse de rendement atteignant le taux élevé de 50%. S'il est indéniable que l'expert somaticien a pris en compte pour partie les douleurs mentionnées par le recourant, il n'en demeure pas moins que la crédibilité de ce dernier n'a pas été mise en doute au vu du constat de la parfaite concordance des plaintes avec l'anamnèse. Cela étant, sur le plan strictement de la capacité de travail, la critique des conclusions du Dr D._____ formulée par la CNA n'a pas lieu d'être examinée plus avant, la situation de santé du recourant s'avérant dominée par les problématiques psychiques, déterminantes pour trancher le litige et le droit aux prestations de l'assurance-accidents (cf. considérants 8 et 9 infra). Au demeurant, il convient de suivre les conclusions du Dr D._____ en lien avec les séquelles organiques strictement observées, les propositions thérapeutiques et le statu quo ante vel sine, éléments que l'intimée ne remet d'ailleurs pas sérieusement en doute. 6.4 Vu les considérations ci-dessus, il s'agit en définitive de se baser sur les conclusions des experts judiciaires, lesquelles emportent indubitablement la conviction, pour se prononcer sur les droits du recourant.

- 49 - 7. Concernant le statu quo ante vel sine, les experts judiciaires ont respectivement retenu la date du 3 septembre 2009 du point de vue physique et le courant des années

2008-2009 sur le plan psychique, dates à partir desquelles les traitements ne seraient plus de nature à faire évoluer sensiblement l'état de santé du recourant, désormais cristallisé. Partant, à l'instar du Dr D. _____, il se justifie de prendre en considération la date du 3 septembre 2009 au titre de date déterminante où a été atteint le statu quo ante vel sine. Cette date ne prête au demeurant pas flanc à la critique, puisqu'elle permet d'englober largement une période légitime de récupération de près de trois mois consécutivement à l'intervention du Dr H. _____. La décision sur opposition litigieuse devra donc être annulée pour ce premier motif, la prise en charge des frais de traitement et des indemnités journalières devant être assumée par l'intimée jusqu'à la date précitée. 8. Il convient à ce stade d'analyser la réalisation éventuelle des liens de causalité naturelle et adéquate, d'une part des séquelles physiques, d'autre part des troubles psychiques diagnostiqués auprès du recourant, avec l'accident du 7 septembre 2006. 8.1 Eu égard au lien de causalité naturelle et adéquate des problèmes physiques objectivés, soit les séquelles observées au coude et à la hanche droits par le Dr D. _____, l'intimée ne conteste pas – à juste titre – la réalisation de ce lien avec l'accident du 7 septembre 2006, laquelle sera confirmée ici. 8.2 Reste à examiner la question substantielle qui divise les parties, soit celle de la causalité adéquate des troubles psychiques présentés par l'assuré, à savoir les troubles anxieux et dépressifs mixtes et le trouble somatoforme douloureux persistant, diagnostiqués par le Dr F. _____, avec l'accident en cause.

- 50 - Préalablement, il y a lieu de remarquer que les parties s'entendent pour qualifier de moyen le degré de gravité de l'accident du 7 septembre 2006. La Cour de céans ne peut que se rallier à cette appréciation, au vu des circonstances particulièrement violentes de l'accident, corroborées tant par le rapport de police du même jour que par les photographies du véhicule du recourant dont l'avant a été complètement démoli. Il s'agit dès lors de déterminer dans quelle mesure les sept critères dégagés par la jurisprudence fédérale pour admettre la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident seraient réalisés in casu. 8.2.1 Premièrement, contrairement à ce qu'estime l'intimée, force est de reconnaître le caractère impressionnant de l'accident en question. Comme mentionné supra, la violence du choc et ses conséquences matérielles sont tout à fait éloquents à cet égard. 8.2.2 Deuxièmement, l'on peut douter de la gravité ou de la spécificité des lésions physiques, tant il est vrai que l'assuré a été blessé dans une mesure relative précisément compte tenu des circonstances violentes de l'accident. A l'instar de la CNA, l'on peut donc considérer ce critère comme non réalisé ou à tout le moins laisser en suspens cet aspect. 8.2.3 Troisièmement, l'on peut admettre la durée anormalement longue du traitement médical étant donné les soins encore nécessités régulièrement plusieurs années après la survenance de l'événement accidentel (physiothérapie, massages, reconditionnement et psychothérapie préconisés en l'état). Si les traitements ne sauraient être qualifiés de lourds, il n'en demeurent pas moins astreignants de par leur fréquence et leur efficacité mitigée.

- 51 - 8.2.4 Quatrièmement, il est incontestable que le recourant présente des douleurs physiques persistantes et importantes, en dépit de leur défaut de substrat organique avéré. Il a d'ailleurs été expressément relevé par l'expert somaticien que ces douleurs étaient demeurées constantes sur plusieurs années et parfaitement crédibles étant donné leur concordance avec les éléments de l'anamnèse. 8.2.5 L'on niera en revanche la réalisation du cinquième critère afférent aux potentielles erreurs médicales et aggravations corrélatives. Le recourant ne soutient d'ailleurs pas le contraire. 8.2.6 Sixièmement, l'on peut s'interroger sur l'apparition de difficultés et complications, étant rappelé que le

recourant se plaint désormais de douleurs du poignet et des genoux. Qui plus est, la boiterie qu'il présente est un phénomène de compensation, selon les explications de l'expert, résultant sans aucun doute des atteintes à la santé dont il a été victime le 7 septembre 2006. 8.2.7 Enfin, il apparaît difficilement contestable que le degré et la durée de l'incapacité de travail aient été particulièrement longs, soit s'étendant sur plusieurs années sans fluctuation significative, ce que la CNA concède d'ailleurs elle-même. 8.2.8 Etant donné ce qui précède, soit la réalisation de près de cinq des sept critères jurisprudentiels pertinents, force est de conclure que la causalité adéquate ne fait aucun doute entre les troubles psychiques développés par le recourant et l'accident du 7 septembre 2006. Cette conclusion s'impose d'autant plus que l'expert psychiatre a expressément souligné l'absence de pathologie psychiatrique susceptible d'entraver la capacité de travail et de gain de l'assuré avant l'événement du 7 septembre 2006. Il se justifie en conséquence d'annuler la décision sur opposition du

- 52 - 9 novembre 2009 également pour ce second motif, soit l'appréciation erronée relative au lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident en cause. 9. Se pose à ce stade la question du caractère éventuellement invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué auprès du recourant, devant être résolue à l'aune de la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral à cet égard (cf. considérant 4 supra). La constance de cette jurisprudence ne permet en l'état en aucun cas de s'en écarter, quoi que soutienne le recourant sur la base des avis de droit produits en instance de recours sur les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claire auxquels appartient le trouble somatoforme douloureux. Cela étant, une analyse prima facie de la réalisation desdits critères permet de considérer ceux-ci comme réunis in casu au vu de la cristallisation de l'état de santé du recourant et des répercussions de ses douleurs sur son fonctionnement quotidien. L'on peut cependant se dispenser d'un examen fouillé de cette question qui sera ainsi laissée ouverte, compte tenu de ce qui suit. En effet, l'expert judiciaire psychiatre a retenu en l'espèce des troubles anxieux et dépressifs mixtes, lesquels constituent sans conteste une atteinte à la santé psychique spécifique, indépendante en soi du trouble somatoforme douloureux persistant, reléguant ce diagnostic au second plan et engendrant à elle seule une incapacité de travail. Selon l'appréciation du Dr F. _____, cette incapacité doit être fixée à 100%, y inclus dans une activité adaptée exercée sur le marché du travail normal. L'expert somaticien a certes retenu une capacité de travail de 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles observées chez le recourant, tenant toutefois compte d'une importante baisse de rendement à concurrence de 50%.

- 53 - La justification de cette baisse de rendement, causée ou non par les douleurs ressenties par le recourant, n'a pas à être discutée plus avant, étant donné l'appréciation de la capacité de travail communiquée par l'expert psychiatre. Ce dernier a en effet indiqué que seule une activité occupationnelle était accessible en l'état au recourant, une intégration sur le marché du travail à ce stade s'avérant impossible. Au demeurant, cette appréciation n'est pas sérieusement remise en cause par celle du médecin traitant de l'assuré, le Dr S. _____, lequel a envisagé dans son rapport à l'attention de l'OAI du 20 novembre 2013 une activité à hauteur de 20% à 30% répartie sur quatre heures par jour, rendant de fait illusoire la mise à profit de cette potentielle capacité de travail sur un marché du travail équilibré. Quant à l'estimation de la capacité de travail opérée par les médecins d'arrondissement de l'intimée, il ne saurait être question de la suivre, puisque les spécialistes de la CNA se sont limités à mesurer l'impact des séquelles organiques (non

sans suggérer du reste, par acte du 16 mars 2012, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychologique afin de déterminer l'influence des troubles psychiques sur dite capacité de travail). Il convient dès lors conclure que l'assuré présente de facto une incapacité de gain équivalente au taux de l'incapacité de travail déterminé par l'expert psychiatre. 10. 10.1 Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide – l'invalidité est définie à l'art. 8 LPGA comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée – à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend

- 54 - naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA). Aux termes de l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré, en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. Si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants une rente complémentaire lui est allouée ; celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle (art. 20 al. 2 LAA). 10.2 D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En principe, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). 10.3 En l'espèce, compte tenu de l'absence de capacité de travail de l'assuré sur le marché du travail normal, ainsi que de toute perspective de réinsertion à ce stade, force est de constater que son incapacité de gain et partant, son préjudice économique, est totale.

- 55 - Il s'agira en conséquence pour l'intimée de fixer le montant de la rente devant être versée à l'assuré par le biais d'une décision spécifique, après avoir statué définitivement sur le litige relatif au gain assuré (cf. opposition du 1er décembre 2009 à la décision de restitution du 23 novembre 2009). 11.

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