

## **VD\_GERICHTE ZA15.052668 vom 1. Februar 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-02-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA15.052668](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.052668)

FR: VD\_GERICHTE ZA15.052668 du 1 février 2017

IT: VD\_GERICHTE ZA15.052668 del 1 febbraio 2017

### **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. 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

- 27 - 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. 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

- 28 - 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. 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'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

- 29 - 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 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 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

- 30 - 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 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

- 31 - 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 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. »

- 32 - 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 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 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

- 33 - 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 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

- 34 - 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 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

- 35 - 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 1er 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%. Subsidièrement, 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 D. \_\_\_\_\_ 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

- 36 - 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 D. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, dans le respect des droits de participation des parties à une expertise. E n d r o i t : 1. Tel que circonscrit par le Tribunal fédéral dans son arrêt de renvoi du 16 novembre 2015, 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 seuls troubles somatiques présentés au-delà de cette date et l'accident du 7 septembre 2006.

- 37 - Est également litigieux le taux d'invalidité du recourant, partant son droit éventuel 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 effectuée en avril 2009 par son médecin d'arrondissement, la Dresse M. \_\_\_\_\_. 2. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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). 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

- 38 - 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). 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).

- 39 - c) 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 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, en l'occurrence seuls déterminants en l'espèce selon le Tribunal fédéral, 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). 3. a) 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, 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

- 40 - 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

## **E. 19**

août 2009 consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 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). 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). b) Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de

- 41 - 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). 4. En l'espèce, 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'examen cliniques 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 résultant de l'intervention du 11 juin 2009 effectuée par le Dr B. \_\_\_\_\_. Elle a dans l'intervalle rendu la décision du 5 mai 2009, confirmée sur opposition le 9 novembre 2009. La Cour de céans s'est estimée insuffisamment renseignée sur l'état de santé de l'assuré, plus particulièrement sur ses capacités fonctionnelles effectives d'un point de vue somatique ainsi que sur la nature précise de ses troubles psychiques, qui plus est au vu des compléments suggérés sur ce dernier point par la 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, et d'entente entre les deux parties quant au choix des experts, ceci à l'issue de l'audience du 20 mai 2010.

- 42 - Dans ce contexte, comme retenu dans son arrêt du 29 septembre 2014, la Cour de céans – qui n'a pas été désavouée sur ce point par l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral – estime toujours que les rapports établis 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), satisfont aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. 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. Ils 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, après avoir effectué des investigations complémentaires (radiographies et tests neuropsychologiques), ainsi qu'une évaluation professionnelle concrète du potentiel du recourant (évaluation des capacités fonctionnelles avec le concours d'un spécialiste en ergothérapie). 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. Certes, sur le plan somatique, seul déterminant dans le cadre de la présente procédure de renvoi, la CNA a fait 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 par le recourant, respectivement d'avoir pris en compte la problématique psychique pour conclure à une baisse de rendement atteignant le taux élevé de 50%. S'il est indéniable – et au demeurant correct – 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

- 43 - pas été mise en doute au vu du constat, par ce spécialiste, de la parfaite concordance des plaintes avec l'anamnèse. Par ailleurs, observant également des troubles d'ordre psychique, l'expert s'est abstenu de toute approche diagnostique personnelle, renvoyant expressément sur ce point à l'appréciation de son collègue psychiatre comme objet de sa compétence. Ainsi, le fait pour le Dr D. \_\_\_\_\_ d'avoir observé un tableau pathologique complexe dans son interaction entre le somatique et le psychique ne l'a pas dispensé de se focaliser sur le volet strictement physique du cas, en documentant des séquelles somatiques objectives (hanches et coude), puis en procédant rigoureusement, avec le concours d'un ergothérapeute, à un ensemble de tests propres à fonder une évaluation concrète de la capacité de travail résiduelle du recourant au regard du tableau clinique relevant de sa spécialité. Par ailleurs, il est inexact de soutenir, comme le fait l'intimée, que le Dr D. \_\_\_\_\_ n'aurait pas motivé à satisfaction une diminution de rendement de 50%. Il fonde en effet celle-ci sur une évaluation concrète des limitations fonctionnelles dans une activité qui n'est plus réputée adaptée qu'en position assise, sans déplacements, avec un mode d'exécution des tâches particulièrement lent tenant à un déconditionnement musculaire induit par un syndrome fémoro-patellaire, qui s'accompagne d'un déficit d'attention et d'un processus d'appréhension et d'évitement de la douleur. On observera encore que le Dr D. \_\_\_\_\_ a été désigné d'entente entre les parties, d'une part pour ses compétences professionnelles reconnues, d'autre part compte tenu du fait qu'il avait déjà procédé à un examen clinique de l'assuré en septembre 2009, ce qui le légitimait d'autant plus à se prononcer en connaissance de cause sur une évolution de l'état de santé de l'intéressé, comme il le fit en mars 2011. Enfin, à l'hypothétique grief d'un défaut d'instruction complémentaire, par exemple par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise tendant à éprouver les conclusions de l'expert D. \_\_\_\_\_, il convient de répondre que l'écoulement du temps rend illusoire de charger un autre spécialiste de se prononcer rétroactivement sur l'état de santé du recourant à la date de la décision attaquée, ceci sur dossier, alors même que le Dr D. \_\_\_\_\_ se trouvait fort de deux examens cliniques

- 44 - particulièrement complets pour rendre son rapport. On observera que l'intimée conservera de toute manière la faculté de procéder à la révision du cas si de nouvelles mesures d'instruction – ainsi celles requises dans le cadre du litige opposant l'assuré à l'OAI – aboutissent au constat d'une modification de l'état de santé ou de la capacité de travail. Partant, c'est en se fondant sur les conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_ qu'il convient de

se prononcer sur les droits du recourant. 5. Concernant le statu quo ante vel sine, les experts judiciaires ont respectivement retenu la date du 3 septembre 2009 sur le plan physique et le courant des années 2008-2009 sur le plan psychique, périodes à compter desquelles les traitements n'auraient plus été de nature à faire évoluer sensiblement l'état de santé du recourant, désormais cristallisé. A l'instar du Dr D. \_\_\_\_\_ – dont l'avis motivé tel que fondé sur deux examens cliniques complets convainc – il se justifie de prendre en considération la date du 3 septembre 2009 au titre de date déterminante à laquelle a été atteint le statu quo ante vel sine, date permettant du reste d'englober largement une période légitime de récupération de près de trois mois suite à l'intervention du Dr B. \_\_\_\_\_. La décision sur opposition litigieuse sera donc 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. 6. La stabilisation de l'état de santé ainsi posée, il convient de se prononcer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accident. a) 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

- 45 - suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus 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). 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). b) En l'espèce, l'intimée a procédé à une comparaison des revenus hypothétiques en retenant une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité réputée adaptée, comparaison qui laissait apparaître un préjudice économique inférieur à 10% n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. Or, le rapport d'expertise judiciaire du Dr D. \_\_\_\_\_ retient certes une capacité de travail de 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, mais cette capacité se trouve amputée d'une importante baisse de rendement, à concurrence de 50%. Les conclusions de cet expert étant, comme exposé ci-dessus, réputées probantes, c'est sur une capacité de travail réduite de moitié qu'il convient de procéder à la comparaison des revenus déterminants.

- 46 - Sur ce point encore, mal fondée, la décision attaquée sera annulée et l'intimée renvoyée à procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité fondé sur une capacité de travail réduite de moitié. 7. Subsiste la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont la quotité est disputée. a) 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.

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'al. 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). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines

- 47 - 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). 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 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. 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).

- 48 - b) En l'occurrence, la CNA a fixé à 7,5% le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, se fondant sur l'appréciation de la Dresse M. \_\_\_\_\_ du 17 avril 2009. Ce degré était motivé à hauteur de 5% pour tenir compte des douleurs résultant de la consolidation de l'épine iliaque, respectivement à hauteur de 2,5% compte tenu d'un risque arthrosique et de séquelles cutanées au coude. Invité à se prononcer sur la question d'une atteinte durable de l'intégrité physique, l'expert D. \_\_\_\_\_ a retenu quant à lui, dans son rapport du 4 avril 2011, un degré de 5 à 10% sur le constat d'une arthrose moyenne au

niveau du coude. Comme le relève le recourant, le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a rapporté que la problématique du coude, omettant de se prononcer sur celle des hanches telle que pourtant prise en compte par la Dresse M. \_\_\_\_\_, vraisemblablement à juste titre et dans une juste mesure. On observe par ailleurs que cette dernière a retenu un risque arthrosique au coude, alors que le Dr D. \_\_\_\_\_, deux ans plus tard, se fondera sur le constat d'une arthrose moyenne installée. On peut en déduire une péjoration de l'état de santé de l'assuré sur ce point, justifiant, compte tenu de l'écoulement du temps depuis que les deux experts précités se sont prononcés, une nouvelle évaluation globale des atteintes durables à l'intégrité physique. Partant, sur cette question, la cause sera renvoyée à l'intimée, à laquelle il incombera de déterminer précisément le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ceci en collaboration avec ses médecins d'arrondissement, ou le cas échéant en interpellant les spécialistes déjà consultés, avant de rendre formellement une nouvelle décision à cet égard.

8. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle statue à nouveau sur le droit aux prestations de l'assuré, respectivement rende deux nouvelles décisions, la première concernant l'octroi de prestations d'invalidité à fonder sur une capacité de travail réduite de moitié, la seconde en

- 49 - statuant à nouveau sur le degré de l'atteinte à l'intégrité physique du recourant. 9. Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 5'000 francs pour l'ensemble de la procédure, vu la complexité de celle-ci (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. a LPGA).

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