

VD_GERICHTE ZA17.054022 vom 30. April 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.054022

FR: VD_GERICHTE ZA17.054022 du 30 avril 2018

IT: VD_GERICHTE ZA17.054022 del 30 aprile 2018

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 161/17-49/2018 ZA17.054022 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 30 avril 2018 _____ Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Feusi et Dormond Béguelin, juges assesseurs Greffière : Mme Rochat ***** Cause
pendante entre : V. _____, à (...), recourant, et N. _____, à Lucerne, intimée,
représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 6 et 18 LAA ;
11 OLAA 402

- 2 - E n f a i t : A. V. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en
qualité de plâtrier peintre pour le compte de _____ au taux de 50%. A ce titre, il était
assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse
nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Selon la
déclaration de sinistre du 10 mars 2011, le 9 mars 2011, l'assuré s'est blessé sur un
échafaudage. Le Dr [...], spécialiste en médecine générale interne auprès de la [...], a établi
le même jour un arrêt de travail à 100%, jusqu'au 16 mars 2011. Dans son rapport du 10
mars 2011 faisant suite à la consultation en urgence du 9 mars 2011, le Dr Z. _____ a
posé le diagnostic de fracture de l'arc postérieur de la 10ème côte gauche avec réaction
pleurale. Il a relevé que le patient avait décrit un traumatisme à moyenne énergie une
semaine auparavant à l'occasion d'une chute d'un échafaudage avec impact thoracique
gauche. Il avait depuis réussi à travailler mais avait présenté des douleurs
respiro-dépendantes et avait été amené le 9 mars 2011 à la [...] en ambulance en raison
d'une douleur vive basithoracique gauche survenant à la suite de la pose de plaques assez
lourdes. Une radiographie du thorax face et profil et un défilé thoracique complété par un
CT thoracique low-dose avaient mis en évidence une fracture de l'arc postérieur de la
10ème côte gauche avec une réaction pleurale triangulaire importante. Sous la rubrique «
attitude clinique », le Dr Z. _____ a relevé ce qui suit : « Inspirex, paracétamol et AINS
d'office pendant 3 jours, puis en réserve, arrêt de travail pour accident pour une durée de 7
jours, un CT thoracique est déjà prévu pour dans 6 mois à la [...] en raison de la réaction
pleurale importante chez un patient travaillant dans le bâtiment ». Interpellé sur le
déroulement de l'événement, l'assuré a indiqué ce qui suit le 27 mars 2011 à la CNA : «
Côte cassée 1 semaine avant l'accident. Ensuite jour de l'accident malaise, perte de
connaissance

- 3 - ». L'assuré a précisé avoir ressenti pour la première fois les douleurs une semaine
avant l'accident et avoir pu reprendre le travail une semaine après celui-ci à 50%, la
prochaine consultation devant avoir lieu en septembre 2011. La CNA a pris le cas en
charge. Le 18 avril 2011, le Dr O. _____, spécialiste en médecine interne générale et
médecin traitant, a informé la CNA qu'il craignait une forme de « dérapage » de la part de
l'assuré et a suggéré que le médecin-conseil de la caisse intervienne. Dans son rapport à

l'assureur-accidents du 21 avril 2011, le Dr Z._____ a fait état d'une durée de traitement de deux à trois mois, avec CT-scan à six mois en raison de la réaction pleurale, et une reprise du travail prévue le 15 mars 2011. Lors d'un entretien téléphonique à la CNA du 26 avril 2011, l'employeur a demandé s'il n'était pas possible de contrôler l'assuré à son domicile afin de vérifier si celui-ci ne pouvait toujours pas reprendre son activité, dès lors qu'il ne répondait plus au téléphone quand l'employeur essayait de le joindre. Le 12 mai 2011, le Dr [...] a expliqué que depuis le 16 mars 2011, date de la reprise de travail, les douleurs avaient augmenté. Elles avaient été plus fortes dès le 2 avril 2011, si bien que l'assuré avait consulté le 4 avril 2011. Le traitement consistait en la prise de Dafalgan et la reprise du travail à 100% avait été prévue le 10 avril 2011. Dans son rapport à la CNA du 1er juin 2011, le Dr O._____ a posé les diagnostics de fractures des arcs antérieurs des 6ème et 9ème côtes à gauche et d'épaississement pleural latéral gauche. Il a estimé que l'évolution était subjectivement lente, les douleurs étant en lente régression. A la question de savoir si des facteurs étrangers à l'accident entraient en ligne de compte dans le processus de guérison, le Dr O._____ a relevé d'éventuels conflits avec l'employeur ainsi qu'un

- 4 - épaississement pleural d'origine indéterminée. Pour le médecin traitant, le travail pouvait être repris à 50%, soit le taux contractuel, le 6 juin 2011. L'assuré a été invité à un examen par le médecin-conseil de la CNA le 11 juillet 2011. A cette occasion, le Dr F._____, médecin d'arrondissement, a noté que l'intéressé avait déclaré en ce qui concernait l'événement du 9 mars 2011 qu'il n'était pas tombé de l'échafaudage mais avait violemment heurté celui-ci avec le thorax gauche. Il décrivait également des conditions de travail difficiles en raison d'une relation conflictuelle avec son employeur, disant en avoir marre de tout et avoir mal partout. Le Dr F._____ a posé les diagnostics de status quatre mois après fracture des arcs antérieurs des 6ème et 9ème côtes gauches et réaction pleurale latérale gauche. Le médecin d'arrondissement a fait l'appréciation suivante du cas : « Il s'agit d'un assuré de [...] ans, plâtrier peintre, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne reviendrons pas. Subjectivement, il persiste des douleurs quotidiennes exacerbées à l'effort et à la toux. Parfois, les douleurs prennent un caractère insomniant. En raison d'une relation conflictuelle avec son employeur, le patient exprime énergiquement sa lassitude et prétend avoir mal partout. Objectivement, l'examen clinique s'avère être strictement dans la norme. Tout au plus, il y a lieu de relever la présence d'un épaississement de la 9ème côte G [gauche] à la limite de l'arc antérieur et moyen qui semble être la localisation la plus douloureuse décrite par le patient. Du point de vue médical, le type de lésion présentée par l'assuré peut engendrer des douleurs durant une relativement longue période. Pour cette raison, il nous semble que la symptomatologie du patient est en adéquation avec les lésions concernées. Du point de vue asséurologique, il y a lieu de reconnaître une incapacité de travail partielle dans la profession exercée. Pour cette raison, nous proposons à l'assuré de maintenir un taux d'incapacité de 50% pour une période d'encore 2 mois. Nous serions reconnaissants au Dr O._____ de bien vouloir convoquer l'assuré à mi-août afin de déterminer si une reprise de travail à temps plein est possible. » L'assuré a été licencié le 16 juin 2011 pour le 31 juillet 2011. Le 5 septembre 2011, le Dr O._____ a diagnostiqué des douleurs thoraciques antérieures gauches persistantes et un status post

- 5 - fracture des arcs antérieurs de la 6ème et de la 9ème côtes gauches. Il a remis l'assuré en incapacité de travail à 100% dès le 5 septembre 2011 et relevé que l'évolution était

marquée par des douleurs récidivantes, l'assuré ayant tenté de travailler le 2 septembre 2011 mais n'ayant pu tenir la demi-journée en raison de ses douleurs pectorales. Parmi les facteurs étrangers à l'accident, le médecin traitant a mentionné une surcharge psychique et un conflit avec l'ancien employeur. L'assuré a subi le 15 septembre 2011 un scanner thoracique. Les conclusions du rapport du 16 septembre 2011 des Drs [...] et [...], spécialistes en radiologie, sont les suivantes : « Epaississement nodulaire pleural gauche inchangé restant de nature indéterminée. Malgré l'absence d'évolution à 4 mois, une origine tumorale comme un mésothéliome ne peut pas être écartée. Un avis pneumologique pour évaluer l'indication à une biopsie nous paraît souhaitable ». Le 1er novembre 2011, le Dr O. _____ a fait état d'une incapacité de travail ayant débuté le 4 avril 2011, avec reprise à 50% le 6 juin 2011, puis une nouvelle incapacité de travail totale à compter du 5 novembre 2011. L'assuré a séjourné du 20 au 26 novembre 2011 à l'Hôpital de [...]. Il y a subi le 21 novembre 2011 une thoracoscopie gauche ainsi qu'une biopsie pleurale. Dans son rapport du 9 décembre 2011 au Dr B. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie, a relevé que l'examen histologique montrait une pachypleurite chronique hyalinisée, non spécifique, sans corps asbestosique. Il avait averti l'assuré - qui allait bien et qu'il n'avait pas prévu de revoir - que cette lésion était probablement sans relation avec les anciennes fractures costales. Par rapport du 3 février 2012 à la CNA, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a relevé qu'il n'était pas possible sur la base des pièces médicales d'établir une relation entre l'accident de travail et l'état de santé de l'assuré,

- 6 - contrairement à l'avis de ce dernier, qui était convaincu de la relation de causalité. Le 21 février 2012, le Dr R. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné le dossier de l'assuré. Il a estimé que les troubles que présentait ce dernier n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec les suites de l'accident. Pour le Dr R. _____, tous les avis médicaux pris par l'assuré étaient concordants et disaient que sa symptomatologie n'était pas en lien avec l'accident, celui-ci ne déployant probablement déjà plus d'effet en septembre 2011 (soit six mois post fracture de la côte). Par préavis du 24 février 2012, la CNA a informé l'assuré qu'elle entendait mettre fin aux prestations d'assurance au 29 février 2012, dès lors que les troubles subsistant à ce jour n'étaient plus dus à l'accident, mais de nature malade. L'assureur-accidents a imparti à l'intéressé un délai de vingt jours pour faire part de ses éventuelles observations. Le 29 mars 2012, l'assuré, par le biais de son assurance de protection juridique, a indiqué à la CNA ne pas avoir d'observations particulières à formuler. Par décision du 26 avril 2012, la CNA a refusé tout droit aux prestations d'assurance à l'intéressé à compter du 29 février 2012. Le 29 mai 2012, l'assuré, par sa protection juridique, a indiqué qu'il ne formerait pas opposition à la décision du 26 avril 2012, laquelle est entrée en force. b) L'assuré a subi un nouveau CT thoracique, ainsi qu'une radiographie du thorax, le 28 août 2012. Les conclusions du rapport du 29 août 2012 des Drs [...] et [...], spécialistes en radiologie, sont les suivantes :

- 7 - « Multiples remaniements pleuro-parenchymateux à gauche ; en l'absence de comparatifs, nous ne pouvons pas nous prononcer sur leur évolutivité. Discret épanchement pleural gauche. Remaniement post-anciennes fractures costales, particulièrement marqué au niveau de la jonction chondrocostale de la 8ème côte gauche. Pas d'argument pour une pseudarthrose. Calcul rénal du groupe caliciel moyen gauche de 4 mm sans dilatation

pyélocalicielle. » Le rapport précité a été soumis au Dr W. _____, médecin d'arrondissement de la CNA. Le 20 novembre 2012, celui-ci a relevé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux susceptibles de changer l'appréciation de l'assureur-accidents. De plus, le CT scan du 28 août 2012 ne montrait pas de pseudarthrose de fractures costales. Dans un rapport du 10 octobre 2012 au Dr L. _____, le [...], spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, a relevé avoir examiné l'assuré le 9 octobre 2012. Celui-ci avait signalé des douleurs continues depuis son accident de mars 2011. Le Dr [...] relevait à cet égard qu'il était constaté parfois que des douleurs chroniques persistaient après un traumatisme thoracique. Ce qui frappait toutefois ce médecin, c'était la situation sociale et familiale difficile de l'assuré, qui ne bénéficiait actuellement d'aucune aide et lui avait paru dépressif mais renonçait à une prise en charge de soutien par un psychiatre. Le 9 novembre 2012, le Dr L. _____ s'est adressé à la CNA en expliquant que l'assuré demeurait handicapé par sa thoracodynie, malgré la prise en charge antalgique, avec en particulier l'apparition au rebord costal, au regard probablement d'une ancienne fracture, d'un îlot osseux visible, palpable et hyperesthésique dans le prolongement de la zone allodynique basithoracique gauche, témoignant probablement d'un remaniement osseux compliquant une réparation normale. En l'état, on ne pouvait exclure que ces phénomènes – savoir la réparation anormale – et donc l'accident du 9 mars 2011, soient à l'origine au moins en partie des plaintes de l'assuré. Le médecin traitant était ainsi d'avis qu'il semblait raisonnable de rouvrir le cas de son patient, avec nouvelle prise en charge

- 8 - des prestations par la CNA, suggérant la mise en œuvre d'un nouvel examen par le médecin d'arrondissement. Le 20 décembre 2012, l'assuré, à nouveau représenté par son assurance de protection juridique, s'est adressé à la CNA afin de lui faire savoir que son état de santé s'était aggravé, cette aggravation devant être mise en lien avec l'accident du 9 mars 2011. L'assuré se prévalait de l'art. 53 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales ; RS 830.1), estimant que l'appréciation des médecins de la CNA intervenue au printemps 2012 était manifestement erronée, dans la mesure notamment où le Dr L. _____ estimait à l'époque qu'un lien de causalité entre les troubles présentés et l'accident de mars 2011 n'était pas possible à prouver, alors que ce même médecin était désormais d'avis que des éléments nouveaux avaient été découverts, selon lesquels on ne pouvait exclure que l'accident soit à l'origine du phénomène décrit (soit un rebord costal compliquant une réparation normale). L'assuré demandait donc la reconsidération de la décision du 26 avril 2012, respectivement que la CNA se détermine sur une séquelle tardive, au regard de l'apparition d'une nouvelle affection médicale. Par décision du 19 avril 2013, la CNA a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération, comme sur celle de révision, en l'absence de nouveaux faits ou moyens de preuve. Le 14 mai 2013, l'assuré a fait savoir à la CNA qu'il s'opposait à sa décision, en faisant valoir que son état de santé s'était péjoré depuis son accident. L'assuré a complété son opposition le 21 mai 2013, en expliquant en substance que le CT thoracique et la radiographie du thorax du 28 août 2012 avaient mis en évidence un remaniement osseux en lien avec les fractures subies lors de l'accident et vraisemblablement responsable de ses douleurs. Il relevait également que son médecin traitant arrivait à une autre conclusion que celle qu'il avait émise initialement, et que le Dr S. _____, spécialiste en anesthésiologie et

- 9 - traitement interventionnel de la douleur, faisait état de douleurs en lien avec l'accident dans son rapport du 17 mai 2013. Pour l'assuré, plusieurs éléments nouveaux dont il n'avait pas connaissance lors de la décision d'avril 2012 étaient apparus, qui ne pouvaient être connus de lui, qui revêtaient une certaine importance et devaient conduire à la révision procédurale de la décision précitée. Il a conclu à la prise en charge de son cas rétroactivement au 29 février 2012, subsidiairement à ce que les éléments nouveaux mis en évidence soient appréciés comme des séquelles tardives, et à ce qu'un examen soit mis en œuvre auprès du médecin-conseil de la CNA. Selon le rapport du 17 mai 2013 du Dr S. _____ joint à l'opposition, l'assuré avait bénéficié d'une série de blocs intercostaux sous ultrasons avec injections, qui avaient permis un bénéfice partiel avec notamment réduction de la zone algique, toutefois limité dans le temps. En janvier 2013, le patient avait bénéficié d'un patch de Qutenza sur la région algique, sans effet bénéfique. Pour le Dr S. _____, l'assuré présentait d'importantes douleurs de la paroi thoracique apparues à la suite d'un traumatisme avec plusieurs fractures de côtes et intervention chirurgicale sous forme de thoracoscopie. Il était peu probable que la pachypleurite mise en évidence lors de la thoracoscopie participe au syndrome douloureux puisque cette dernière était probablement antérieure au traumatisme et que le patient ne souffrait d'aucune douleur thoracique à ce moment-là. Il y avait donc une nette relation de cause à effet entre les douleurs chroniques thoraciques gauches et l'accident de mars 2011. L'assuré a en outre joint à son opposition un rapport du 24 mai 2012 de la Policlinique Médicale Universitaire (ci-après : PMU), consultation de pneumologie, au Dr L. _____. Les Drs [...], [...], spécialistes en médecine interne générale et en pneumologie, et la Dresse M. _____, spécialiste en médecine interne, y ont posé les diagnostics de status post fractures costales (5, 6, 9 et 10èmes) suite à un accident professionnel en mars 2012 (recte : 2011), d'épaississement nodulaire sous-pleural pariétal gauche sur pachypleurite chronique hyalinisée non spécifique et de status post accident de la circulation en 2010 avec

- 10 - douleur dorsale. Ils ont relevé ce qui suit sous la rubrique « discussion » de leur rapport : « Devant ces thoracodynies persistantes post thoracoscopie gauche, nous organisons en juin 2012 une consultation en chirurgie ambulatoire. Un nouveau scanner thoracique (08.06.2012) est alors réalisé ne montrant pas de signes de pseudarthrose costale. Cet examen révèle de plus une quasi disparition des épaississements nodulaires pleuraux visualisés sur les anciens CT et compatibles avec une pachypleurite chronique hyalinisée non spécifique, non suspects de néoplasie, d'après les examens anatomopathologiques de novembre 2011. En regard de ces anciennes lésions pleurales, on relève par contre une image de rétractation cicatricielle nouvelle, compatible avec une atélectasie ronde. Une cicatrice de tuberculose ne pouvant être écartée, nous effectuons un Elispot TB qui se révèle négatif. Nous notons de plus au scanner et à l'examen anatomo- pathologique la présence de plaques de calcification unilatérales gauches potentiellement compatibles avec une exposition à l'amiante. Nous allons annoncer le cas à l'assureur LAA compétent (SUVA). Face à ces thoracodynies mal systématisées, évoquant en partie des douleurs de type neurogène, nous introduisons un traitement de Lyrica à 25 mg 3x/j. pendant 3 jours puis majoré à 50 mg 3x/j. Nous organisons de plus une consultation au centre antalgique du CHUV [Centre hospitalier universitaire vaudois] qui aura lieu le 23.08.2012. » Le rapport de CT thoracique du 8 juin 2012 des Drs [...] et [...], spécialistes en radiologie, était également joint à l'envoi de l'assuré. Selon les conclusions de ce rapport, il n'y avait pas de signe de pseudarthrose, une quasi disparition des épaississements nodulaires pleuraux, et un status post-thoracotomie avec chaînette d'agrafes apicales gauches et remaniement

séquellaire pulmonaire lobaire supérieur gauche en regard. L'assuré a enfin produit un rapport du 15 mai 2012 du Dr [...], spécialiste en pathologie, selon lequel il n'y avait pas d'arguments pour un processus néoplasique sur les biopsies. Les lésions pleurales correspondaient en premier lieu à des plaques pleurales et étaient à corrélérer à l'exposition environnementale ou professionnelle à de l'amiante. Les lésions pulmonaires n'étaient pas spécifiques, correspondant en partie à des lésions d'emphysèmes et en partie à une fibrose sous-pleurale non spécifique accompagnée de desquamation macrophagique et d'un empoussiérage.

- 11 - Par décision sur opposition du 27 mai 2013, la CNA a rejeté la demande de révision procédurale. B. Le 27 juin 2013, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la révision de la décision du 26 avril 2012 dans le sens de l'octroi rétroactif des prestations au 29 février 2012, subsidiairement à ce que les nouveaux éléments soient appréciés comme des séquelles tardives lui octroyant un droit aux prestations depuis le 29 février 2012, et plus subsidiairement à la mise en œuvre d'un examen par le médecin d'arrondissement pour confirmer que sa symptomatologie est en lien avec l'accident du 9 mars 2011. Avec son recours, il a produit un onglet de pièces sous bordereau, comportant pour l'essentiel des pièces figurant déjà au dossier de la CNA, ainsi que les pièces suivantes : - un rapport du 26 novembre 2012 des Drs [...], [...] et M. _____ de la PMU, dans lequel ces médecins ont posé les diagnostics suivants : * Thoracodynies gauches d'origine indéterminée, probablement multifactorielle * Epaississement nodulaire sous-pleural pariétal gauche sur pachypleurite chronique hyalinisée non spécifique (thoracoscopie exploratrice G [gauche] du 21 novembre 2011 à [...] avec exérèse des plaques pleurales sur la plèvre pariétale et biopsie pulmonaire du segment apical du lobe inférieur et du segment antérieur du lobe supérieur gauche) * S/p fractures costales (5, 6, 9 et 10èmes) suite à un accident professionnel en mars 2011 * Possible exposition à l'amiante * S/p accident de la circulation en 2010 avec douleur dorsale, - un rapport du Dr X. _____, spécialiste en médecine générale, du 18 juin 2013, selon lequel la persistance des douleurs ne pouvait plus être attribuée à la pachypleurite, dans la mesure où celle-ci n'était plus identifiable sur les derniers CT-thoraciques, estimant dès lors que les douleurs étaient très probablement toujours liées au status post

- 12 - multiples fractures costales gauches à la suite de l'accident professionnel de mars 2011, « surtout comme les douleurs ont été inexistantes avant l'accident ». Pour le Dr X. _____, le remaniement post-anciennes fractures costales particulièrement marqué au niveau de la jonction chondrocostale de la 8ème côte gauche était en lien avec l'accident du 9 mars 2011, - un rapport du 22 juin 2013 du Dr S. _____ à l'assuré, selon lequel la symptomatologie présentée ne pouvait plus être attribuée à la pachypleurite vu la disparition des lésions initialement visibles sur le CT- Scan de novembre 2011. Le Dr S. _____ a par ailleurs relevé que le terme « remaniement post-anciennes fractures costales » était par définition un remaniement qui survenait après une fracture de côte. Comme l'assuré avait souffert de fractures de côtes lors de son accident de mars 2011, les deux phénomènes étaient donc liés. Pour le Dr S. _____, les douleurs de l'assuré avaient plusieurs composantes, savoir le remaniement osseux post fracture et des lésions des nerfs intercostaux. Ce médecin relevait que l'incidence de douleur chronique persistante après un traumatisme thoracique avec fracture de côtes était estimée à 22,5% des patients et que l'incidence de douleurs chroniques après chirurgie thoracique (thoracoscopie) était estimée

entre 20 et 47%. L'assuré cumulait donc les risques de développer des douleurs chroniques. Pour le Dr S. _____, il y avait une relation de cause à effet entre les plaintes de l'assuré et l'accident et la chirurgie thoracique. Dans ses écritures, la CNA s'est référée à une appréciation chirurgicale du 14 octobre 2013 des Drs F. _____ et [...] de sa division de médecine des assurances, selon lesquels les avis des Drs L. _____, S. _____ et X. _____, ainsi que le CT thoracique du 28 août 2012, ne relevaient aucun fait nouveau susceptible de remettre en cause l'appréciation du Dr W. _____. L'assuré a précisé en cours de procédure avoir été hospitalisé en novembre 2013 pour subir une neurolyse des nerfs intercostaux, qui avait conduit à poser le diagnostic de neuropathie des nerfs intercostaux

- 13 - VII, VIII et IV à gauche post-traumatique, qui permettait d'expliquer ses douleurs. La Dresse [...], spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, lui avait expliqué que la neurolyse pratiquée avait pour but la libération des nerfs, les médecins ayant constaté au bloc opératoire que les fractures dues à l'accident avaient coincé les nerfs intercostaux et qu'il souffrait d'une fibrose (nerfs chroniquement coincés). Il a produit à cet égard un rapport du 26 novembre 2013 des Drs [...], spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et [...] du CHUV, qui ont posé le diagnostic principal de neuropathie des nerfs intercostaux VII, VIII et IV à gauche post-traumatique, une neurolyse desdits nerfs ayant été réalisée le 7 novembre 2013. La CNA a produit une appréciation neurologique du 13 février 2014 des Drs F. _____ et K. _____, qui ont conclu que le caractère des douleurs persistantes ressenties par l'assuré dans la région de la paroi thoracique s'était modifié au cours de l'évolution de la maladie, cette symptomatologie n'étant pas attribuable à l'événement accidentel avec un degré de vraisemblance prépondérante. Quant à la neurolyse des 4, 7 et 8èmes nerfs intercostaux du 7 novembre 2013, elle n'avait pas été réalisée dans la région des lésions osseuses décrites auparavant et des suites visibles de blessures de ces nerfs n'avaient pas été décrites au cours de cette intervention. Les Drs F. _____ et K. _____ concluaient donc que les appréciations des Drs R. _____ et W. _____ étaient exactes, dans la mesure où elles reposaient sur des faits objectifs, sans que le rapport du CHUV du 26 novembre 2013 ne soit susceptible de remettre en cause l'appréciation du Dr [...] du 14 novembre 2013. L'assuré a encore produit en procédure un rapport du 2 avril 2014 du Dr P. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et de la Dresse [...], selon lequel lors de l'opération du 7 novembre 2013, ils avaient mis en évidence du tissu cicatriciel sur une longueur d'au minimum 4 à 7 cm de la surface thoracique avec des nerfs intercostaux VII, VIII et IX pris dans celui-ci. Ils avaient observé plusieurs fois des compressions et lésions des nerfs intercostaux suite à des traumatismes du thorax. Vu la longueur de la cicatrice dans laquelle les nerfs

- 14 - étaient pris, les deux chirurgiens disaient être convaincus que celle-ci avait été causée par les fractures des côtes (un trauma de traction/contusion assez violente) et non pas par les cicatrices ponctuelles causées typiquement par l'insertion des instruments pour la thoracoscopie. Pour sa part, la CNA a produit une appréciation du 21 mai 2014 des Drs F. _____ et K. _____, qui ne partageaient pas les conclusions du Dr P. _____ et de la Dresse [...] selon lesquelles le tissu cicatriciel serait lié à l'accident. Les Drs F. _____ et K. _____ rappelaient qu'au moment de l'accident, il y avait déjà un épaississement nodulaire pleural préexistant à hauteur de la 9ème côte, dont l'origine malade avait été précisée lors de la thoracoscopie du 21 novembre 2011. Compte tenu également du déroulement temporel, les Drs F. _____ et K. _____ considéraient de manière

hautement probable que le tissu cicatriciel constituait un état résiduel de la pachypleurite et qu'il n'était dès lors pas lié à l'accident. Par arrêt du 22 janvier 2015 (cause AA 68/13 – 8/2015), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assuré, en retenant en substance ce qui suit (consid. 3 e et 5 b) : « e) En l'occurrence, force est de constater que l'intimée s'est fondée sur un dossier complet pour considérer que les troubles de l'assuré postérieurs au 29 février 2012 n'étaient plus dus à l'accident de mars 2011 mais de nature malade. On relèvera en particulier le rapport étayé du Dr F. _____, qui a posé en juillet 2011 les diagnostics de status 4 mois après fracture des arcs antérieurs des 6ème et 9ème côtes gauches – diagnostic également posé par le Dr O. _____, alors médecin traitant, le 1er juin 2011 – et de réaction pleurale latérale gauche. Le Dr F. _____ a constaté qu'objectivement, l'examen clinique s'avérait être strictement dans la norme, relevant tout au plus la présence d'un épaissement de la 9ème côte gauche à la limite de l'arc antérieur et moyen, qui semblait être la localisation la plus douloureuse décrite par le recourant. Le médecin d'arrondissement a toutefois convenu que le type de lésion présentée par l'assuré pouvait engendrer des douleurs pendant une relativement longue période. Il a ainsi estimé la symptomatologie du patient en adéquation avec les lésions concernées et reconnu une incapacité de travail partielle dans la profession exercée, suggérant le maintien d'un taux de 50% pendant deux mois.

- 15 - Le CT Scan du 15 septembre 2011 ayant mis en évidence un épaissement nodulaire pleural gauche inchangé, qui restait de nature indéterminée, l'assuré a subi le 21 novembre 2011 une thoracoscopie gauche ainsi qu'une biopsie pleurale. Ces examens ont permis de constater l'existence d'une pachypleurite chronique hyalinisée, non spécifique. Toutefois de l'avis du Dr T. _____, qui avait procédé à l'opération, cette lésion était probablement sans lien avec les anciennes fractures costales (cf. rapport du 9 décembre 2011 du Dr T. _____). Le Dr L. _____, nouveau médecin traitant, a ainsi estimé le 3 février 2012 qu'il n'était pas possible d'établir une relation entre l'accident de travail et l'état de santé du patient. Le Dr R. _____ a ensuite examiné l'entier du dossier de l'assuré, et retenu que les troubles qu'il présentait n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec les suites de l'accident, ce dernier ne déployant probablement plus d'effet déjà en septembre 2011 (cf. avis du 21 février 2012). Ainsi, après avoir procédé à des investigations poussées, la CNA a conclu que le cas ressortait de l'assurance-maladie. Le recourant n'a pas contesté ce point de vue. C'est à la suite du CT thoracique et de la radiographie du thorax d'août 2012 que le Dr L. _____ s'est adressé à la CNA, le 9 novembre 2012, en lui expliquant que ces examens témoignaient probablement d'un remaniement osseux compliquant une réparation normale qui pouvait être au moins en partie à l'origine des plaintes du patient. L'assuré a également plaidé que le Dr S. _____ était d'avis que ses douleurs étaient imputables à l'accident de mars 2011 (cf. avis du 17 mai 2013) et s'est prévalu de l'appréciation des médecins de la PMU du 24 mai 2012. Toutefois l'on ne voit pas en quoi ces appréciations médicales seraient susceptibles de constituer un fait nouveau ou un nouveau moyen de preuve au sens de la jurisprudence fédérale citée supra, puisque lesdites appréciations ne permettent pas de considérer que les bases de la décision du 26 avril 2012 seraient entachées de défauts objectifs. Les médecins de la PMU, dans leur rapport du 24 mai 2012, posent des diagnostics connus, savoir en particulier ceux de status post- fractures costales et d'épaississement nodulaire sous-pleural pariétal gauche sur pachypleurite chronique hyalinisée non spécifique. Les examens d'imagerie réalisés en juin et août 2012 n'ont au demeurant pas mis en évidence de signes de pseudarthrose costale. Quant aux épaissements nodulaires pleuraux, ils ont presque complètement disparu (cf.

rapport de CT thoracique du 8 juin 2012). Si une image de rétractation cicatricielle nouvelle a été relevée en regard des anciennes lésions pleurales, les médecins de la PMU n'estiment pas qu'elle serait post-traumatique. En outre un processus néoplasique sur les biopsies a été exclu (cf. rapport du 15 mai 2012 du Dr [...]). Quant au Dr S. _____, il est d'avis que la pachypleurite était probablement antérieure à l'événement de mars 2011 (cf. rapport du 17 mai 2013). En réplique et dans ses écritures ultérieures, le recourant n'a finalement plus soutenu que le remaniement post-anciennes fractures costales particulièrement marqué au niveau de la jonction chondrocostale de la 8ème côte gauche expliquerait ses douleurs (ce que soutenaient les Drs X. _____ et S. _____ – cf. rapports du 18 juin 2013 et 22 juin 2013), mais une neuropathie des nerfs intercostaux VII, VIII et IV à gauche post-traumatique, diagnostic posé lors de son hospitalisation en novembre 2013 (cf. rapport des [...] et [...] du 23

- 16 - novembre 2013). Quoiqu'il en soit, l'appréciation du Dr W. _____ du 20 novembre 2012 selon laquelle le rapport du 28 août 2012 n'avait pas montré d'éléments nouveaux n'est pas contredite. Il résulte de ce qui précède que c'est à bon droit que l'intimée a rejeté la demande de révision formulée par l'assuré sur la base de l'art. 53 al. 1 LPGA. [...] b) En l'espèce, le diagnostic de neuropathie des nerfs intercostaux VII, VIII et IV a été posé pour la première fois à la suite de l'hospitalisation du recourant intervenue en novembre 2013, soit postérieurement à la décision attaquée. De l'avis de la Dresse [...] et du Prof. P. _____, cette affection est de nature post-traumatique et imputable à l'événement accidentel de mars 2011 (cf. rapport du 2 avril 2014). Pour leur part, les Drs F. _____ et [...] de la CNA soutiennent qu'il est hautement probable que cette affection ne soit pas liée à l'accident (appréciation du 21 mai 2014). Les avis médicaux au dossier sont à cet égard contradictoires et cette problématique n'a pas fait l'objet d'un examen par l'autorité administrative. Dans ce contexte, l'intimée devra réexaminer le cas de l'assuré à la lumière des principes régissant le droit à la prise en charge des rechutes ou des séquelles tardives (art. 11 OLAA). L'intimée ne paraît pas en disconvenir, quand elle écrit le 29 octobre 2014 que le litige ne porte pas sur la nature des lésions actuelles, mais sur le lien de causalité naturelle entre celles-ci et l'accident de 2011. Dans la mesure où la CNA devra examiner la question de la neuropathie, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à l'audition du Prof. P. _____ et de la Dresse [...], étant relevé par ailleurs que pour ce qui a trait à l'objet du litige, le dossier est complet et permet à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, un complément d'instruction n'apparaissant pas utile, de sorte que les requêtes du recourant en ce sens doivent être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). » C. Le 16 février 2015, l'assuré a fait état de douleurs persistantes, en demandant à la CNA de lui accorder ses prestations rétroactivement depuis le 29 février 2012. Selon un rapport du 23 septembre 2014 des Drs [...], spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et [...], qui ne figurait pas au dossier de la cause ayant conduit à l'arrêt rendu en la cause AA 68/13, l'assuré avait séjourné du 31 août au 8 septembre 2014 au Département de l'appareil locomoteur du CHUV en raison d'une récurrence de douleurs neuropathiques des nerfs intercostaux C 7-8-9 à gauche et avait subi le 1er septembre 2014 une dénervation des branches

- 17 - sensibles des nerfs intercostaux 6-9 et une dénervation des nerfs intercostaux 7 et 8. La CNA a mis en œuvre une expertise auprès du Dr [...], spécialiste en chirurgie, qui a examiné l'assuré le 24 août 2015. Dans son rapport du 13 octobre 2015, ce spécialiste a en particulier relevé ce qui suit : « Question : La neuropathie des nerfs intercostaux 7, 8 et 9 diagnostiquées en novembre 2013 constitue-t-elle au degré de la vraisemblance prépondérante à une rechute ou à une séquelle tardive de l'accident du 09.03.2011 ? En réponse à cette question, on peut exclure la notion de rechute vu que la symptomatologie de M. V. _____ sous forme de thoracodynies n'a jamais cessé depuis la date de l'accident du 09.03.2011. On note au cours du temps une modification de l'intensité et du caractère des thoracodynies mais jamais une disparation complète. On pourrait conclure alors que la neuropathie des nerfs intercostaux 7, 8 et 9 constitue au degré de la vraisemblance prépondérante à une séquelle tardive de l'accident du 09.03.2011. Les multiples interventions thoraciques que le patient a eues depuis 2011 peuvent contribuer partiellement à cette thoracodynie. De plus, la chronicité de cette symptomatologie, associée à une évolution défavorable socio-économique, personnelle, familiale et professionnelle, contribue certainement au maintien et à l'aggravation de ces symptômes. Tous les moyens mis à disposition et les traitements appliqués à M. V. _____ n'ont jamais permis d'estomper les thoracodynies. Sur le plan temporel, l'accident du 09.03.2011 constitue la cause de ces thoracodynies. Le caractère et l'intensité de ses douleurs se sont modifiées par les traitements entrepris depuis l'accident à ce jour. Aujourd'hui, il est impossible d'établir une relation de causalité unique. On ne peut que conclure à une cause multifactorielle, avec un degré de vraisemblance prépondérante pour la séquelle tardive de l'accident du 09.03.2011 ». A la suite de l'expertise, la CNA a posé des questions complémentaires au Dr [...]. Le 17 août 2016, ce médecin a précisé dans ce cadre qu'en soit, les fractures costales pouvaient expliquer les douleurs chroniques de l'assuré d'un point de vue organique. Il a ajouté que l'épaississement pleural avait été identifié sur les examens radiologiques réalisés après le sinistre du 9 mars 2011, estimant que sur cette base, on ne pouvait pas parler d'un état antérieur.

- 18 - Le 23 janvier 2017, le dossier de l'assuré a été soumis au Dr [...], médecin d'arrondissement, qui a estimé que le diagnostic de neuropathie des nerfs intercostaux VII, VIII et IV posé pour la première fois en novembre 2013 ne justifiait pas une incapacité de travail dans une activité adaptée, mais probablement dans l'activité de plâtrier-peinte. Il a en outre répondu par l'affirmative à la question de savoir si la CNA devait prendre en charge l'hospitalisation au CHUV du 31 août au 8 septembre 2014. L'assuré a été examiné le 3 juillet 2017 par le Dr [...]. Ce médecin a posé les diagnostics de douleurs persistantes de l'hémothorax gauche, de status après fractures des arcs postérieurs des côtes 6 à 9 gauches (9 mars 2011), de status après thoracoscopie gauche et biopsie pleuro-pulmonaire (23 novembre 2011), de status après neurolyse des nerfs intercostaux 7, 8 et 9 (7 novembre 2013), de status après dénervation des branches sensibles des nerfs intercostaux 6 à 9 à gauche (1er septembre 2014) et de cervico-dorsolombalgies (non Suva). Le Dr [...] a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas : « Malgré les multiples traitements effectués, l'assuré n'a remarqué aucune amélioration des douleurs de l'hémothorax G. L'assuré est très démonstratif. 3/5 signes de Waddel sont positifs. On peut suspecter des facteurs non-organiques jouant un rôle majeur dans l'évolution du cas. Pour ce qui concerne uniquement les douleurs de l'hémothorax G, il n'y a aucun argument pour dire que l'assuré ne peut pas travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles c'est-à-dire une activité sédentaire ou semi-sédentaire. Il doit éviter le port et le soulèvement de

charges. Il doit éviter les métiers qui impliquent une mobilisation des épaules au-delà de l'horizontale. Les séquelles lésionnelles n'ouvrent pas le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). » Le 5 juillet 2017, le Dr [...] a estimé que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Le même jour, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle reprendrait le service des indemnités journalières dès le 1er novembre 2013, soit à la date de la mise en évidence de la neuropathie des nerfs intercostaux.

- 19 - Le 16 août 2017, la CNA a informé l'assuré que dans la mesure où l'examen médical récemment passé avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement médical spécifique, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2017 au soir. Par téléphone du 21 août 2017,???, _____, ancien employeur de l'assuré, a fait savoir à la CNA qu'il avait à l'époque engagé l'intéressé à 50% car il « ne pouvait travailler plus qu'à 50% ». Le salaire horaire restait de 27 francs. Le 19 septembre 2017, la CNA a informé [...], assureur- maladie, qu'elle prenait en charge les suites du cas du 9 mars 2011 (troubles au thorax), mais que les cervico-dorsolombalgies chroniques ne relevaient pas d'elle. Par décision du 23 octobre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait lui allouer de rente d'invalidité, dans la mesure où il était à même d'exercer une activité de type sédentaire ou semi-sédentaire en dépit des seules séquelles de l'accident. Il devait éviter le port et le soulèvement de charges, ainsi que les métiers impliquant une mobilisation des épaules au-delà de l'horizontale. Une telle activité (collaborateur de production, ouvrier en horlogerie, ouvrier en scierie, etc.) était médicalement exigible la journée entière, et pourrait lui apporter un revenu résiduel d'environ 5'112 fr., part au 13ème salaire comprise. Comparé au gain de 5'197 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 1.6%. Il n'avait par ailleurs pas droit à une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité]. Le 10 novembre 2017, l'assuré a formé opposition à cette décision, en faisant en substance valoir que l'accident l'avait rendu invalide et l'avait contraint à s'endetter. Il sollicitait en outre la mise en œuvre d'une expertise pour confirmer son état et ses douleurs.

- 20 - Par décision sur opposition du 20 novembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, en relevant notamment qu'elle devait faire abstraction des problèmes personnels et financiers évoqués par l'assuré dans son opposition, ainsi que des facteurs non organiques voire de son déconditionnement. D. Par acte du 15 décembre 2017, V. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, en concluant implicitement à la poursuite de la prise en charge de son cas par la CNA. En substance, il a fait valoir que l'accident du 9 mars 2011 l'avait détruit, et qu'il avait perdu à cause de celui-ci sa famille et fini par divorcer. Il expliquait avoir encore des douleurs. Avec son recours, il a produit un projet d'octroi de rente de l'Office de l'assurance-invalidité, ainsi qu'un certificat médical établi le 4 décembre 2017 par la Dresse G. _____, sa médecin-traitante, à la teneur suivante : « Mr V. _____ est en incapacité de travail et à 100% sans possibilités de retour sur le marché du travail, depuis son accident du 09.03.2011 avec comme conséquences des douleurs neurogènes invalidantes du thorax gauche et actuellement depuis une année une symptomatologie dépressive avec état d'anxiété aggravée et attaque de panique qui justifie des consultations récurrentes en urgence aussi bien au CHUV qu'au cabinet médical, une prise en charge spécialisée est en cours ». Dans sa réponse du 17 janvier 2018, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité, en renvoyant à la décision attaquée. E n d r o i t : 1. a) 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 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

- 21 - 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). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise 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 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, bien que sommairement motivé, respecte les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Est litigieux in casu le droit à la rente du recourant. Singulièrement, il s'agit de se prononcer sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et sur le degré d'invalidité qui lui a été reconnu par l'intimée. 3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286

- 22 - consid. 1b p. 289 et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181 ; 402 consid. 2.2 p. 405 ; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références). Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles ; il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Le taux (ou degré) d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA. Cette première disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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. Les revenus chiffrés sont comparés selon les circonstances qui prévalent au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA) ; le taux d'invalidité, issu de cette comparaison, est exprimé en pour-cent (Pratique VSI 2000, p. 82, consid. 1b).

- 23 - Lorsque l'assuré ne met pas, ou pas pleinement, à profit sa capacité de travail après l'accident, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions des postes de travail (ci-après : DPT) établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalide, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; Frésard/Moser- Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 176). Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalide que pour autant que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit produire cinq DPT et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). 4. a) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

- 24 - Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport

de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). b) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

- 25 - 5. En l'espèce la CNA a admis la prise en charge des suites de l'événement accidentel du 9 mars 2011 jusqu'au 29 février 2012 (cf. décision du 26 avril 2012, entrée en force). La CNA a par la suite refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération de l'assuré, comme sur celle de révision, en l'absence de nouveaux faits ou moyens de preuve (cf. décision du 19 avril 2013, confirmée sur opposition le 27 mai 2013), ce que la Cour de céans a confirmé par arrêt du 22 janvier 2015. La Cour a toutefois relevé, s'agissant du diagnostic de neuropathie des nerfs intercostaux 7, 8 et 9 posé pour la première fois à la suite de l'hospitalisation du recourant intervenue en novembre 2013, que les avis médicaux étaient contradictoires, et que cette problématique n'avait pas été examinée par l'autorité administrative. En effet, selon la Dresse [...] et le DrP. _____, cette affection était de nature post-traumatique et imputable à l'événement accidentel de mars 2011 (cf. rapport du 2 avril 2014), alors que pour les Drs F. _____ et K. _____ de la CNA, il était hautement probable qu'elle ne soit pas liée à l'accident (appréciation du 21 mai 2014). La CNA a dès lors été priée de réexaminer le cas de l'assuré à la lumière des principes régissant le droit à la prise en charge des rechutes ou des séquelles tardives (art. 11 OLAA). C'est dans ce contexte qu'une expertise a été confiée au Dr [...], qui a examiné l'assuré le 24 août 2015. Ce médecin a estimé dans son rapport du 13 octobre 2015, complété le 17 août 2016, que la neuropathie des nerfs intercostaux 7, 8 et 9 constituait au degré de la vraisemblance prépondérante une séquelle tardive de l'accident du 9 mars 2011. Quant aux multiples interventions thoraciques que l'assuré avait eues depuis 2011, elles pouvaient contribuer partiellement à la thoracodynie. La chronicité de la symptomatologie, associée à une évolution défavorable socio-économique, personnelle, familiale et professionnelle, contribuait certainement au maintien et à l'aggravation de ces symptômes. Sur le plan temporel, l'accident du 9 mars 2011 constituait la cause des thoracodynies, les fractures costales pouvant en soi expliquer les douleurs chroniques de l'assuré d'un point de vue organique.

- 26 - A la suite de ce rapport, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle reprenait le service des indemnités journalières dès le 1er novembre 2013, soit à la date de la mise en évidence de la neuropathie des nerfs intercostaux. L'assuré a été examiné par le Dr [...] de la CNA le 3 juillet 2017, qui a posé les diagnostics de douleurs persistantes de l'hémothorax gauche, de status après fractures des arcs postérieurs des côtes 6 à 9 gauches (9 mars 2011), de status après thoracoscopie gauche et biopsie pleuro-pulmonaire (23 novembre 2011), de status après neurolyse des nerfs intercostaux VII, VIII et IX (7 novembre 2013), de status après dénervation des branches sensitives des nerfs intercostaux 6 à 9 à gauche (1er septembre 2014) et de cervico-dorsolombalgies (en précisant « non SUVA » s'agissant de ce dernier diagnostic). Pour le Dr [...], le diagnostic de neuropathie des nerfs intercostaux 7, 8 et 9, posé pour la première fois en novembre 2013, ne justifiait pas une incapacité de travail dans

une activité adaptée, étant précisé qu'en ce qui concernait les douleurs de l'hémothorax gauche – à savoir les seules imputables à l'événement du 9 mars 2011 –, il n'y avait aucun argument pour dire que l'assuré ne pouvait pas travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans port et soulèvement de charges, les métiers impliquant une mobilisation des épaules au-delà de l'horizontale devant être évités. De l'avis du Dr [...], on pouvait suspecter que des facteurs non organiques jouent un rôle majeur dans l'évolution du cas de l'assuré, lequel était très démonstratif, avec 3/5 signes de Waddel positifs. L'appréciation du Dr [...] n'est pas sérieusement contredite. Il admet en effet que l'accident du 9 mars 2011 a conduit à la persistance de douleurs de l'hémothorax gauche, retenant pour le surplus des status après fractures des arcs postérieurs des côtes 6 à 9 gauches (9 mars 2011), après thoracoscopie gauche et biopsie pleuro-pulmonaire (23 novembre 2011), après neurolyse des nerfs intercostaux 7, 8 et 9 (7 novembre 2013), et après dénervation des branches sensitives des nerfs intercostaux 6 à 9 à gauche (1er septembre 2014). Le Dr [...] retient

- 27 - ainsi comme le Dr [...] des douleurs au thorax (« thoracodynie »). Pour les médecins, il est constant que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de plâtrier-peintre. Cela étant le Dr [...] a lui aussi constaté que le maintien et l'aggravation de la symptomatologie étaient associés à une évolution défavorable socio-économique, personnelle, familiale et professionnelle. Le recourant fait du reste état dans son recours de ses difficultés familiales et personnelles, estimant avoir « perdu [sa] famille » à cause de l'accident. Toutefois pour le Dr [...], les douleurs n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée. Cette appréciation de la situation du recourant repose sur une analyse complète de son dossier, tient compte de ses déclarations et se fonde sur un examen somatique. Elle est claire et bien motivée, ce qui permet de lui reconnaître une pleine valeur probante. Dans ces conditions, c'est à juste titre qu'en se fondant sur cette appréciation, la CNA a mis un terme à ses prestations (indemnité journalière et soins médicaux) avec effet au 31 août 2017, et qu'elle a pour le surplus nié le droit à la rente et à l'IPAI. Le bref certificat médical produit par le recourant à l'appui de son recours ne remet pas en cause l'appréciation selon laquelle sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée. La Dresse G. _____ se limite en effet à y indiquer que l'incapacité de travail est totale depuis l'accident du 9 mars 2011 avec comme conséquence « des douleurs neurogènes invalidantes du thorax gauche ». Or comme indiqué ci-dessus, le Dr [...] a précisément tenu compte de ces douleurs dans son appréciation de la capacité de travail. Pour le surplus, la Dresse G. _____ fait état d'une symptomatologie dépressive avec état d'anxiété aggravée et attaque de panique depuis une année, justifiant des consultations récurrentes en urgence et une prise en charge spécialisée. Doit être examinée, au vu de ce diagnostic, l'éventuelle existence d'un lien de causalité adéquate avec l'événement du 9 mars 2011 sur la base des critères énumérés aux ATF

- 28 - 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa (TFA U 142/05 du 6 avril 2006, consid. 2), étant rappelé que la question de la causalité naturelle peut rester ouverte en l'absence de causalité adéquate. La jurisprudence résultant de l'ATF 115 V 133 classe 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. 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 générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise. Pour

procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (ATF 115 V 133 consid. 6 ; TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3). En l'espèce, l'accident en cause doit être qualifié de peu de gravité. Interpellé sur le déroulement de l'accident par la CNA, l'assuré lui a fait savoir le 27 mars 2011 qu'il s'était cassé une côte une semaine auparavant, et que le jour de l'accident, il avait eu un malaise avec perte de connaissance. Au demeurant, il avait initialement pu reprendre le travail à 50% une semaine après l'événement accidentel. Même à admettre que l'accident se situe à la limite d'un accident de moyenne gravité, on relèvera que les circonstances de l'accident n'ont pas été particulièrement dramatiques ; l'assuré n'est en particulier pas tombé de l'échafaudage sur lequel il se trouvait, mais l'a heurté avec le thorax (cf. examen par le médecin d'arrondissement du 11 juillet 2011). L'assuré a au demeurant subi des fractures des arcs antérieurs des 6^{ème} et 9^{ème} côtes à gauche, lésions qui, selon l'expérience, ne sont pas propres à entraîner des troubles psychiques. Certes le recourant a eu un traitement long et

- 29 - des douleurs persistantes, mais ledit traitement n'a pas été entaché d'erreurs, et il n'y a pas eu de complications importantes au cours de la guérison. En outre, les lésions en cause ne sont pas présumées entraîner une incapacité de travail particulièrement longue. Un éventuel lien de causalité adéquate entre l'accident du 9 mars 2011 et les troubles présentés par le recourant selon la Dresse G. _____ ■ laquelle n'est au demeurant pas spécialiste en psychiatrie ■ doit dès lors être nié. On rappellera pour autant que de besoin que tous les critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, comme c'est le cas ici, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb, 403 consid. 5c/bb). Enfin le recourant a produit avec son recours la décision de l'Office de l'assurance-invalidité, dont il paraît se prévaloir. Toutefois il convient de relever que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur- accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité de l'intimé indépendamment de la décision rendue en matière d'assurance-invalidité. A cet égard, la CNA a expliqué dans la décision attaquée avoir en particulier fait abstraction des problèmes personnels et financiers évoqués par l'assuré dans son opposition, ainsi que des facteurs non organiques, voire du déconditionnement constaté lors d'un stage à l' [...], ce qui permettait d'expliquer le degré d'invalidité retenu par l'Office de l'assurance-invalidité. Ce raisonnement n'est pas critiquable et peut également être confirmé. 6. Reste à examiner le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

- 30 - a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202], une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique

subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Frésard/Moser- Szeless, op. cit., n. 311 p. 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui

- 31 - doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent. L'indemnité allouée pour ces lésions 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 atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées). b) En l'occurrence, la CNA a nié le droit à l'IPAI en se fondant en particulier sur l'appréciation du Dr [...] du 5 juillet 2017. A cet égard, ce médecin n'est pas contredit lorsqu'il affirme que les séquelles lésionnelles n'ouvrent pas le droit à une telle indemnité. Le recourant ne le conteste du reste pas. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'allouer au recourant une IPAI. 7. Pour le surplus, la CNA a procédé à la comparaison des revenus en se fondant sur les DPT (cf. supra consid. 3), sans qu'il n'y ait lieu de critiquer les DPT choisies, pas plus que cette méthode de comparaison des revenus, dont il résulte que le recourant présente une perte de gain de 1.6%, insuffisante pour ouvrir le droit à la rente d'invalidité LAA. On relèvera encore que le salaire sans invalidité a été

- 32 - établi sur la base des informations communiquées par l'employeur à la CNA le 21 août 2017, non contestées par le recourant. 8. Vu ce qui précède, la décision sur opposition du 20 novembre 2017 de l'intimée niant au recourant le droit à une rente de l'assurance-

accidents ainsi qu'à une IPAI ne prête pas flanc à la critique. Le recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition du 20 novembre 2017 confirmée. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (art. 61 let. a LPGA). Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens. Quoiqu'obtenant gain de cause, la CNA n'a pas non plus droit à des dépens. En effet, en prévoyant à l'art. 61 let. g LPGA que seul le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens, le législateur a clairement entendu exclure l'allocation de dépens à l'assureur social qui obtient gain de cause (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd. 2009, ch. 114 ad art. 61 LPGA, p. 791), comme c'était d'ailleurs déjà le cas avant l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 126 V 143 consid. 4), sous réserve, selon la jurisprudence, du cas où le recourant a agi de manière téméraire ou témoinné de légèreté (ATF 127 V 205 consid. 4, critiqué par Kieser, loc. cit.), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

- 33 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 20 novembre 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - V. _____, à [...], - Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies.

- 34 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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