

## **VD\_GERICHTE ZA18.019896 vom 4. Juni 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-06-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA18.019896](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.019896)

FR: VD\_GERICHTE ZA18.019896 du 4 juin 2019

IT: VD\_GERICHTE ZA18.019896 del 4 giugno 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputée 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). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. b/aa) Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé,

- 18 - un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.). bb) 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 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux

(ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2). c) En présence d'une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans

- 19 - le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. Par contre, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140; 403 consid. 5c/aa p. 409) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêts 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5, in SVR 2010 UV n° 25 p. 100; 8C\_510/2015 du 20 octobre 2015 consid. 6.2; 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1).

## **E. 5**

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour

- 20 - prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge

- 21 - accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

## **E. 6**

a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en

- 22 - considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la

répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à

- 23 - une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). c) Le changement de jurisprudence dans le domaine de l'assurance-invalidité relatives aux syndromes douloureux somatoformes et aux affections psychosomatiques comparables selon l'arrêt ATF 141 V 281 vaut par analogie lorsqu'il y a lieu d'examiner le droit à une rente de l'assurance-accidents obligatoire en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique dont la relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré a été admis (ATF 141 V 574).

## E. 7

a) En l'espèce, l'intimée a refusé d'augmenter la rente d'invalidité du recourant, motif pris qu'il n'avait pas démontré, au stade de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de son état de santé. Elle s'est essentiellement fondée, pour parvenir à cette conclusion, sur le rapport de son médecin-conseil, le Dr C.\_\_\_\_\_. Le recourant considère en revanche que le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ n'a pas valeur probante, dès lors qu'il écarte sans discussion les constatations établies par les deux expertises de la Dresse W.\_\_\_\_\_ (en 2013 et 2017) au profit de celles des Drs F.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Il estime que l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR, rendu dans le cadre du dossier AI, dans lequel ce médecin constate une aggravation de son état de santé et qui se fonde lui-même sur le rapport d'expertise du 27 février 2017 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, doit être préféré à l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_. b) Sur le plan somatique, la CNA s'était fondée, dans sa décision d'octroi de rente du 29 mai 2008, confirmée le 31 janvier 2013, sur l'appréciation médicale du Dr K.\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2005, lequel précisait qu'au chapitre des séquelles de l'accident survenu en juin 2000, on retrouvait un status après mise en place d'une prothèse totale de hanche à gauche, une arthrose assez extensive touchant toute la partie interne du Lisfranc à droite, un remaniement post-traumatique du coude gauche avec une arthrose débutante de cette articulation, de multiples cicatrices, intéressant notamment la face, responsables d'un préjudice

- 24 - esthétique ainsi qu'une omarthrose droite débutante. La capacité de travail était estimée à 100% dans une activité légère, largement sédentaire et autorisant des positions alternées. Dans son arrêt du 29 août 2016 faisant suite à une première demande de révision du 4 octobre 2013, la CASSO a retenu que les séquelles, sur le plan somatique, étaient connues et manifestement inchangées par rapport à la situation qui prévalait en 2005. Cette appréciation peut en l'occurrence être reprise, dans la mesure où le recourant n'invoque pas,

à l'appui de sa demande de révision d'août 2017, d'aggravation de son état de santé sur ce plan et où aucun médecin n'a de surcroît attesté d'une aggravation allant dans ce sens. c) Sur le plan psychiatrique en revanche, le recourant invoque une aggravation de son état de santé en se fondant en particulier sur le rapport d'expertise psychiatrique du 27 février 2017 de la Dresse W. \_\_\_\_\_, établi dans le cadre de la demande de rente AI, et sur l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ de la CNA du 14 août 2017. Dans son arrêt du 29 août 2016, la CASSO a considéré, à l'instar du Dr F. \_\_\_\_\_ et de l'intimée, que si les troubles psychiques présentés par l'assuré était probablement partiellement en lien de causalité naturelle avec l'accident du 29 juin 2000, le rapport des Drs Q. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ du 2 mai 2013 n'établissait pas d'aggravation notable de l'état de santé psychique de l'assuré justifiant une incapacité de travail totale mais une limitation de cette capacité de travail telle que l'avait décrite le Dr M. \_\_\_\_\_. Il n'y a ainsi pas lieu de revenir sur l'appréciation faite par la CASSO du rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 mai 2005, cette question ayant définitivement été tranchée dans l'arrêt précité. Pour rappel, le Dr M. \_\_\_\_\_ avait retenu les diagnostics d'état dépressif majeur en rémission subtotale, de personnalité immature à traits caractériels et de fonctionnement passif-dépendant « subdécompensé ». Cet expert expliquait que le recourant n'avait pas développé d'état de stress post-traumatique ni d'état dépressif majeur ou de modification durable de la personnalité après une situation de catastrophe en relation avec cet évènement. Il notait toutefois un état antérieur sous forme d'un trouble de la personnalité qui s'était décompensé après l'évènement

- 25 - accidentel, mais pas exclusivement à cause de l'évènement lui-même, mais également en raison des nombreuses pertes objectives subies depuis lors, comme la baisse des performances physiques, l'échec matrimonial et de son reclassement professionnel sous l'égide de l'AI. S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'expert considérait que ce dernier possédait une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement mineure dans une activité adaptée à son invalidité physique et à la singularité de sa personnalité. L'expert précisait toutefois qu'une nouvelle décompensation psychique était à craindre dans une activité qui ne correspondait pas aux aspirations narcissiques du recourant. Les Drs Q. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ ont, quant à eux, posé les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ou processus d'invalidation), d'épisode dépressif récurrent, moyen, sans syndrome somatique, et de traits de la personnalité de type narcissique et immature. Ces médecins ont considéré qu'il existait un rapport de causalité entre le processus d'invalidation ainsi que le trouble dépressif majeur et l'accident. De leur avis, le recourant présentait une incapacité de travail totale en raison notamment des troubles psychiques (cf. rapport du 2 mai 2013). Dans son rapport du 27 février 2017, la Dresse W. \_\_\_\_\_ retient les mêmes diagnostics que dans le précédent, en y ajoutant celui de dipsomanie. S'agissant du diagnostic de sinistrose ou processus d'invalidation, elle mentionne que face à l'évolution de la situation, il paraît certain que l'intéressé a subi une atteinte durable de son intégrité corporelle et que celle-ci a été déclenchée par l'accident dont les conséquences ont entraîné l'effondrement progressif du fonctionnement psychique antérieur de celui-ci. Elle précise également qu'entre l'expertise réalisée en 2013 et aujourd'hui, l'évolution de l'état de santé psychique du recourant s'est encore dégradé. Elle mentionne que l'état dépressif est décrit comme fluctuant par son psychiatre traitant mais marqué d'épisodes de décompensation avec éléments de type persécutoire et de préjudice pouvant parfois confiner au délire. Des moments de grand désespoir avec idéation suicidaire et dipsomanie sont également signalés. La Dresse W. \_\_\_\_\_ retient toujours une capacité de travail nulle avec

- 26 - pronostic très réservé à l'avenir pour une récupération des troubles psychiques du recourant vu l'évolution désormais sinistreuse, précisant que cette évolution représentait une invalidité à pronostic très sombre pour l'état général de celui-ci. Ainsi, contrairement à ce qui prévalait lors de l'expertise de la Dresse W. \_\_\_\_\_ en 2013, où le Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 9 mars 2015) n'avait pas constaté d'aggravation du processus d'invalidation évoquée tant par la Dresse W. \_\_\_\_\_ que par le Dr M. \_\_\_\_\_, le rapport de la Dresse W. \_\_\_\_\_ fait état en 2017 d'une évolution particulièrement dramatique du point de vue psychiatrique de la sinistrose. Dans son rapport d'examen psychiatrique du 5 février 2018, le Dr C. \_\_\_\_\_ de la CNA conclut certes que, à part le nouveau trouble psychique lié à l'utilisation d'alcool, qui est en lien de causalité au plus possible avec l'accident en 2000, les troubles psychiques dont souffre l'assuré n'ont pas beaucoup évolué ni se sont significativement aggravés depuis l'attribution de la rente en 2008. Ce médecin reconnaît toutefois, contrairement à ce que retient finalement la CNA, qu'en ce qui concerne les « séquelles psychiques de l'accident », terme bien plus large que celui de « trouble psychique », le pronostic est davantage réservé qu'en 2008. Il différencie ainsi les séquelles psychiques de l'accident des troubles psychiques et semble donc admettre une aggravation de l'état de santé du recourant au plan psychique. On peine dès lors à comprendre pourquoi la CNA n'a pas davantage instruit cette aggravation ou du moins demandé des explications sur la différence faite par son médecin-conseil quant aux troubles psychiques constatés. On ne saisit pas non plus, à défaut de motivation, les raisons pour lesquelles la dipsomanie, diagnostic qui avait déjà été évoqué par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 janvier 2014 et confirmé aussi bien par la Dresse W. \_\_\_\_\_ en 2017 et que par le Dr C. \_\_\_\_\_ en 2018, ne serait pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, dans la mesure où il a été établi, en 2016, que les autres atteintes psychiques (en particulier l'état dépressif et la sinistrose) étaient en lien de causalité naturelle, à tout le moins partiellement, avec l'accident et dans la mesure où cette dipsomanie pourrait être une conséquence de

- 27 - ces troubles psychiques. Ce nouveau diagnostic n'a ainsi pas fait l'objet d'un examen approfondi et l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ apparaît donc incomplet, sur ce point notamment. Au niveau de la cohérence, le Dr C. \_\_\_\_\_ relève qu'il y a une discrédance entre l'intensité élevée des plaintes subjectives et le rare recours aux traitements psychiatriques et psychothérapeutiques possibles, voire indiqués. Or, à la lecture du rapport d'expertise de la Dresse W. \_\_\_\_\_, on constate que si le recourant refuse de recommencer un traitement médicamenteux en raison de leurs effets secondaires, pourtant recommandé par son médecin, et que le suivi n'est pas régulier, il se déclare motivé à maintenir son traitement psychothérapeutique qu'il reconnaît comme une aide importante dans son quotidien au fil des années (cf. p. 38 du rapport d'expertise du 27 février 2017). On ne saurait dès lors en déduire à l'instar du Dr C. \_\_\_\_\_ que l'état dépressif du recourant s'est amélioré étant donné l'absence de traitement. Il résulte de ce qui précède que l'état de santé de l'assuré sur le plan psychique s'est aggravé. Il appartenait dès lors à l'intimée d'entrer en matière et d'examiner les effets de cette aggravation sur la capacité de travail du recourant. Selon le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 10 juin 2014 – confirmé le 9 mars 2015 – sur la base duquel l'intimée s'est fondée pour rendre sa précédente décision entrée en force, les troubles psychiques que présente l'assuré sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 29 juin 2000. Il faut dès lors déterminer si la nouvelle atteinte, soit la dipsomanie, est également en lien de causalité naturelle avec l'accident. En fonction des résultats de l'expertise psychiatrique, il appartiendra ensuite à l'intimée de se prononcer pour la première fois sur le lien de causalité adéquate entre les atteintes psychiques et l'événement accidentel. Une fois

le lien de causalité naturelle et adéquate établi, il sera nécessaire d'évaluer l'effet du diagnostic de sinistrose ou du processus d'invalidation sur la capacité de travail du recourant à l'aune de la nouvelle jurisprudence relative aux syndromes douloureux somatoformes et aux affections psychosomatiques (ATF 141 V 281 et ATF 141 V 574). En effet,

- 28 - force est de constater que ni le Dr C. \_\_\_\_\_, ni la Dresse W. \_\_\_\_\_ n'examinent les ressources dont dispose le recourant, alors que le premier reconnaît notamment que de multiples efforts de reconversion et de réinsertion professionnelle n'ont pas abouti, que les troubles ont gagné en chronicité, que l'espoir de rémission a diminué, qu'un nouveau trouble s'est installé et qu'un équilibre psychique s'est instauré à un niveau d'exigence durablement réduit et sans perspectives d'amélioration et que la seconde évoque un effondrement progressif du fonctionnement psychique du recourant en raison du processus d'invalidation déclenché par l'accident. d) En conclusion, en l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en toute connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin de déterminer s'il y a ou non existence d'un lien de causalité naturelle entre toutes les atteintes psychiques du recourant et l'accident survenu le 29 juin 2000, et, le cas échéant, déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité adéquate, puis, le cas échéant, dans quelle mesure l'aggravation de l'état de santé constatée au plan psychique a une incidence sur la capacité de travail du recourant, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus. Il convient ainsi de renvoyer la cause à la CNA – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPG –, cette solution apparaissant comme la plus opportune (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Il incombera ainsi à l'intimée de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, répondant aux exigences de l'art. 44 LPG. Cela fait, il appartiendra ensuite à celle-ci de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant. L'expert aura, le cas échéant, également à se prononcer sur une éventuelle augmentation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

- 29 -

## **E. 8**

Le recours est en définitive admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPG). Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.