

VD_GERICHTE ZA23.018636 vom 12. Dezember 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA23.018636

FR: VD_GERICHTE ZA23.018636 du 12 décembre 2024

IT: VD_GERICHTE ZA23.018636 del 12 dicembre 2024

Erwägungen

E. 12

Renvoyer la cause à la Suva pour complément d’instruction au sens des considérants. En tout état de cause

E. 13

Avec suite de frais judiciaires et dépens, sous réserve des règles liées à l’assistance judiciaire.” En lien avec son droit à une rente d’invalidité de l’assurance- accidents, le recourant fait valoir que l’appréciation médicale du 19 mai 2022 de la médecin d’arrondissement de l’intimée serait dépourvue de valeur probante faute pour celle-ci de l’avoir examiné personnellement. Il

- 13 - soutient également l’existence d’un lien de causalité entre l’accident en août 2014 et ses troubles à la santé psychique. Il conteste en outre la position de l’intimée s’agissant du calcul de l’invalidité et fait valoir qu’une rente d’invalidité LAA d’un taux de 100 % aurait dû lui être accordée. Concernant le refus d’une indemnité pour atteinte à l’intégrité décidé par la CNA, le recourant, sur la base du rapport du 23 novembre 2022 de la Dre N. _____, prétend à l’allocation d’une indemnité pour atteinte à l’intégrité de 60 % au minimum. Enfin, il estime avoir droit à l’octroi d’une allocation pour impotent ainsi qu’à l’assistance juridique gratuite durant la procédure d’opposition devant l’autorité intimée. Dans sa réponse du 5 juillet 2023, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 27 mars 2023. Elle s’estime fondée à allouer au recourant une rente d’invalidité de l’assurance-accidents d’un taux de 27 % et à lui refuser l’octroi d’une indemnité pour atteinte à l’intégrité, d’une allocation pour impotent et de l’assistance juridique gratuite dont les conditions n’étaient pas remplies en l’espèce. Elle a également produit son dossier. A l’appui de sa réplique du 8 août 2023, confirmant ses précédentes conclusions, le recourant a produit trois photographies de lui-même en fauteuil roulant, s’estimant objectivement inapte à retravailler compte tenu de son état de santé global (physique et psychique) défaillant. Il ajoute que « toute sa vie a littéralement été réduite à néant, tant d’un point de vue professionnel, social que familial » en indiquant qu’à la suite de ses accidents successifs il a perdu la garde de son fils (plus qu’un droit de visite), qu’il n’arrive plus à faire ses courses tout seul et se fait livrer tous les deux à trois jours, ne peut plus marcher, n’arrive plus à accomplir toutes les tâches usuelles et quotidiennes de la vie, a besoin d’une femme de ménage et d’une aide à domicile, n’a aucune activité sociale (excepté lorsque sa mère vient le chercher accompagnée de son fils pour le droit de visite) et que sa vie se résume à prendre des médicaments et errer avec son fauteuil roulant dans son appartement. Enfin, il rappelle qu’il est au bénéfice d’une rente d’invalidité entière de

- 14 - l'OAI et que ses diverses pathologies physiques et psychiatriques sont en lien de causalité avec ses accidents à la charge de l'intimée. Par décision du 14 août 2023, la juge instructrice alors en charge du dossier a octroyé l'assistance judiciaire avec effet au 29 mars 2023. Le recourant a ainsi été exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Philippe Zumsteg lui a été désigné. Le 31 août 2023, la CNA a maintenu ses conclusions. C. A la requête du juge nouvellement en charge de l'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a produit, le 22 octobre 2024, une copie du rapport d'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, orthopédie et psychiatrie) du C. _____ SA de [...] (ci-après : C. _____) du 22 décembre 2020. Dans leur évaluation consensuelle, les experts, à savoir les Drs F. _____, médecin praticien, V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et E. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, sans symptôme psychotique (F32.11), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance primaire, utilisation continue (F10.25), de somatisation (F45.0), de gonalgies chroniques à droite (M25.56), de lombalgies basses chroniques (M54.57), de laxité externe de la cheville droite, chronique, sur entorse avec arrachement osseux (M24.27 ; 21 novembre 2019), d'omalgies bilatérales chroniques (M75.8), d'hypertension artérielle équilibrée sous traitement, d'obésité, de syndrome d'apnées du sommeil diagnostiqué, appareillé depuis 2016, de dermatose allergique aux métaux, de tabagisme ancien (30PA) et de varices et insuffisance veineuse. Ces experts ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : "Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles sont : le travail non maîtrisé, nécessitant le traitement d'informations multiples, des prises de décision immédiate. En l'absence d'état de

- 15 - stress post-traumatique, il n'existe pas de limitation fonctionnelle au poste habituel en lien avec l'accident du travail de 2014. Sur le plan orthopédique, en l'absence de lésions expliquant son état, les limitations sont de type anamnestiques et représentées par la position debout statique, la marche, l'impossibilité de se mettre à genoux, accroupi ou de monter, descendre des escaliers, de monter sur un escabeau ou une échelle et de porter des charges. L'expertisé étant continuellement dépendant des cannes." En guise de conclusions, les experts du C. _____ ont estimé que si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 12 octobre 2016 pour des motifs orthopédiques et psychiatriques, elle était de 100 % dans une activité adaptée depuis juillet 2018 sur le plan purement orthopédique, mais restait toutefois nulle sur le plan psychiatrique, en l'absence de traitement antidépresseur et de sevrage efficace. Cette capacité de travail pourrait revenir à 50 % dans un délai de six mois, puis à 100 % dans douze mois en cas d'efficacité du sevrage et grâce à l'introduction d'un traitement antidépresseur. Le 29 octobre 2024, le tribunal a transmis une copie des documents adressés le 22 octobre 2024 par l'OAIE aux parties pour leur information. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

- 16 - 2. Le litige porte sur le droit à des prestations de longue durée de l'assurance-accidents (rente, indemnité pour atteinte à l'intégrité, allocation pour impotent) en lien avec deux accidents distincts, le premier étant survenu le 7 août 2014 et le second le 2 janvier 2021. Il porte également sur le refus de l'assistance juridique gratuite. 3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident du 7 août 2014 est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance pour cet événement est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir si l'événement et l'atteinte à la santé sont liés par

- 17 - 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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). c) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356

consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). d) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer 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. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection

- 18 - 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. En revanche, 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 129 V 401 consid. 4.4.1 et les références) : - 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 (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 147 V 207 consid. 5.2.2 et les références). 5. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité,

- 19 - pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa). c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du

octobre 2020 consid. 3.1). 6. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance 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,

- 20 - indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). 7. En cas d'impotence (art. 9 LPGa), l'assuré a droit à une allocation pour impotent (art. 26 LAA). Selon l'art. 9 LPGa, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. 8. a) Pour 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 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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une approche 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

- 21 - 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 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, et que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). 9. a) En l'occurrence, la décision attaquée se fonde sur l'appréciation médicale du 19 mai 2022 de la Dre B. _____, dont le recourant remet en cause la valeur probante. Ce dernier estime qu'il n'a pas été tenu compte de l'ensemble des atteintes somatiques et psychiques dont il

souffre en lien de causalité avec les accidents des 7 août 2014 et 2 janvier 2021 et des limitations fonctionnelles en découlant. b) Sur le plan somatique, selon les avis successifs de sa médecin traitante (la Dre N. _____), le recourant souffre actuellement d'une hypertension artérielle sévère (traitée et actuellement équilibrée), d'un syndrome d'apnée du sommeil (appareillé), d'un tabagisme actif, de gonalgies droites (depuis l'accident d'août 2014), d'une goutte, de lombalgies chroniques (déclenchées sur des troubles de la marche à la suite de l'accident avec lipomatose épидurale L5-S1), d'une entorse grave de la cheville gauche depuis 2015 avec arrachement osseux et entorse du genou gauche, d'une phlébite (en mai 2018), d'un érysipèle (en septembre 2018), d'une amygdalectomie et d'une appendicectomie

- 22 - (opérées), d'un kyste pilonidal, d'une grave entorse après un nouvel arrachement osseux externe de la cheville gauche (après une chute de sa hauteur en novembre 2019), d'une entorse du genou gauche et d'une fracture bimalléolaire gauche (fracture spiroïde de la malléole externe et fracture horizontale de la malléole interne après une nouvelle chute de sa hauteur en janvier 2021). La Dre N. _____ a relevé que les pathologies somatiques qui semblaient directement en lien avec « l'accident » étaient les gonalgies droites avec tableau algo-neuro-dystrophique temporaire, les lombalgies chroniques ainsi que la phlébite (cf. rapport du 23 novembre 2022). Force est cependant de constater que seules les atteintes au genou droit et à la cheville gauche sont en lien de causalité respectivement avec les accidents des 7 août 2014 et 2 janvier 2021, à l'exclusion des autres atteintes qui ne relèvent pas de l'assurance-accidents. En effet le premier événement s'est soldé par une plaie en angle droit de trois centimètres et trois centimètres au niveau de la face latérale du genou droit du recourant avec une suspicion d'arrachement partiel du tendon quadricipital. Quant à la chute survenue en 2021, elle a causé une fracture bimalléolaire de la cheville gauche du recourant qui a nécessité une ostéosynthèse de la malléole latérale et de la malléole médiale. Les autres atteintes dont se plaint le recourant ne peuvent donc pas avoir été engendrées par ces accidents. aa) La problématique du genou droit apparue à la suite de l'accident du 7 août 2014 avec annonce de rechute le 12 octobre 2016 a fait l'objet d'un examen final le 7 juin 2018 par la Dre B. _____. Lors de son examen, elle a constaté que le recourant marchait sans boiterie et que la marche sur les pointes et les talons se faisait également sans difficulté. Elle a également relevé que la cicatrice était calme, qu'il n'y avait pas de rougeur, pas de tuméfaction, pas de différence de chaleur entre les deux genoux, lesquels ne présentaient pas d'épanchement articulaire, ni de douleur à la palpation, les genoux étant par ailleurs stables dans les deux plans. La médecin a relevé que la situation médicale du recourant était alors stabilisée et qu'il ne pouvait plus exercer son

- 23 - activité habituelle d'agent protecteur, mais qu'il disposait en revanche d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (sans diminution de rendement), à savoir pas de montée et de descente d'escaliers répétée et/ou d'échelle, d'échafaudage ou d'escabeau, pas de marche prolongée sur terrain irrégulier, pas d'activité nécessitant un accroupissement ou une position agenouillée prolongée, et pas de port de charges lourdes répétées de plus de dix à quinze kilos. Dans son appréciation médicale du 26 septembre 2019, la Dre B. _____ a confirmé ses précédentes constatations et conclusions. bb) L'atteinte à la cheville gauche découlant de l'accident du 2 janvier 2021 a fait l'objet d'une appréciation médicale le 19 mai 2022 de la Dre B. _____, laquelle a fondé son analyse sur l'ensemble des pièces au dossier et en particulier sur le rapport du 15 mars 2022 du Dr K. _____. Cette médecin a retenu que

l'état de santé de l'assuré était stabilisé au niveau du pied gauche, relevant que les cicatrices étaient calmes sur la malléole interne et la malléole externe et qu'il y avait une bonne mobilité tibio-talienne même si l'assuré décrivait quelques gênes diffuses à la palpation et à la mobilisation de la cheville et du pied gauches, sans trouble neurovasculaire. En lien avec les atteintes à la cheville gauche, la Dre B._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de marche en terrains irréguliers, pas de montée ou descente d'escaliers de manière répétée, pas de montée d'échelles, d'échafaudages ou d'escabeaux. Pas d'activités accroupies ou à genoux et pas de port de charges lourdes répété supérieures à 10 kg ». cc) Les conclusions de la Dre B._____ ne sont remises en cause par aucune appréciation médicale figurant au dossier, mais au contraire confirmées par l'expertise pluridisciplinaire réalisée auprès du C._____. Sur le plan orthopédique, ces experts ont retenu l'absence de lésions expliquant l'état du recourant et ont constaté une capacité de travail entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles somatiques retenues, à savoir la position debout statique, la marche, l'impossibilité de se mettre à genoux, accroupi ou de monter, descendre des escaliers, de monter sur un escabeau ou une échelle et de

- 24 - porter des charges, avec la précision que l'intéressé était continuellement dépendant des cannes. De son côté, le Dr K._____ n'a pas retenu la nécessité d'un traitement orthopédique ou chirurgical pour les séquelles au niveau du pied ou de la cheville gauche du recourant des suites de l'accident du 2 janvier 2021 (cf. rapport du 15 mars 2022). c) Sur le plan psychique, selon les avis successifs de sa médecin traitante, la Dre N._____, le recourant souffre actuellement d'un syndrome anxiodépressif lié aux événements accidentels vécus et à leurs conséquences sur sa santé physique. Il ressort en outre du rapport d'expertise du C._____ que le recourant présente un épisode dépressif moyen, sans symptôme psychotique, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance primaire, utilisation continue, et une somatisation. aa) La question de la causalité naturelle entre les troubles à la santé psychique et les événements accidentels peut souffrir de rester ouverte au motif que les plaintes du recourant ne sont pas en relation de causalité adéquate avec ceux-ci, comme cela résulte des considérations suivantes. bb) S'agissant du déroulement de l'accident de travail du 7 août 2014, le recourant a été projeté sur les rails parallèles de la voie de chemin de fer après avoir été percuté par une machine d'entretien pesant plusieurs centaines de kilos. L'assuré a ensuite été heurté et trainé par un train de chantier circulant à faible allure puis a été éjecté à quelques mètres de là. Pour procéder à la classification de l'accident, 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. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent

- 25 - (TF 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 4.2.2. et les références). Il convient de ranger l'accident survenu le 7 août 2014 dans les accidents de gravité moyenne stricto sensu. En effet, bien que la locomotive et la machine d'entretien qui ont heurté le recourant pèsent plusieurs centaines de kilos, la vitesse faible à laquelle elles ont percuté l'intéressé a limité les forces générées. D'ailleurs, le recourant n'a souffert d'aucune fracture et n'a pas non plus perdu connaissance à la suite de son accident. Pour un tel accident, le lien de causalité adéquate doit être examiné à l'aune des critères objectifs dégagés par la jurisprudence (cf. supra consid. 4d). aaa) Au vu de son déroulement, l'accident n'a pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant ni n'a eu de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. On ajoutera que la survenance d'un accident

de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (TF 8C_361/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.3.1). Aussi, ce critère n'est pas réalisé en l'espèce. bbb) Pour être retenu, le critère de 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, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.2 publié in SVR 2019 UV n° 27 p. 99, par renvoi à l'arrêt 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.2 et la référence). Or tel n'est pas le cas. En effet, le recourant a présenté dans les suites immédiates de l'accident une plaie en angle droit de trois centimètres et trois centimètres au niveau de la face latérale de son genou droit, en regard de l'insertion rotulienne du tendon quadricipital. Cette lésion ne présentait pas une

- 26 - nature particulière au sens de la jurisprudence, ni n'atteignait le seuil de gravité requis, si bien que ce critère doit également être nié. ccc) Pour l'appréciation du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TF 8C_259/2016 du 23 janvier 2017 consid. 6.3 et 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 avec les références). En outre, l'aspect temporel du critère de la durée anormalement longue du traitement médical n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.1 et les références). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et qu'hormis lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3 ; TF 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 3.3). Dans le cas du recourant, le traitement médical est composé pour l'essentiel d'antalgiques de pallier 2 au long cours. On ne saurait y voir un traitement anormalement long ou particulièrement lourd et astreignant. A cet égard le fait que le recourant ait été opéré à plusieurs reprises ou qu'il ait séjourné à la CRR ne sont pas des éléments déterminants car, à ce jour, le traitement se limite bien à la prise d'antalgiques pour calmer les douleurs selon l'avis de la médecin traitante du 23 novembre 2022. ddd) Aucune erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'est évoquée en l'occurrence. A cet égard, la rechute de l'accident du 2 octobre 2016 invoquée avec la découverte fortuite de la fracture de l'accident de 2014 ne change rien. En effet, lors de son examen du 5 février 2018, la Dre

- 27 - B. _____ a décrit un status post arthroscopie du genou droit le 8 février 2017 en raison d'une suspicion de lésion de la corne postérieure du ménisque interne visible à l'IRM mais non retrouvée à l'arthroscopie. De plus, l'examen clinique lors du séjour à la CRR a révélé des anomalies qui évoquent fortement une surcharge fonctionnelle, si bien qu'il n'est pas possible de retenir un erreur de diagnostic. eee) Des difficultés apparues au cours de la

guérison et des complications importantes ne ressortent pas du dossier. Si le recourant a été « victime de rechutes, puis de nouveaux accidents en lien direct avec son accident initial », il reste que le tableau clinique complexe présenté par celui-ci ne s'explique pas, selon les médecins de la CRR, les experts du C. _____ et la Dre B. _____, par les accidents concernés, tandis que la péjoration de l'état de santé psychique du recourant relève vraisemblablement d'autres facteurs. fff) Le critère du degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques fait également défaut. En effet, depuis juin 2018, le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée étant précisé qu'il avait déjà repris le travail à plein temps dès le 12 mai 2015, avant une rechute en octobre 2016. Le critère de la durée de l'incapacité de travail n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2 ; TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). ggg) Au final, la Cour de céans estime que seul le critère des douleurs physiques persistantes pourrait être considéré comme étant réalisé au vu des rapports des médecins traitantes versés au dossier. Etant en présence d'un accident de gravité moyenne, même si ce critère se manifestait de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références), il ne saurait être suffisant pour qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques soit reconnu, dans la mesure où aucun des autres critères

- 28 - examinés précédemment n'est rempli. La question de l'intensité et de la gravité des douleurs peut ainsi demeurer ouverte. cc) En définitive, il convient de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques développés ensuite par le recourant. d) Pour le reste, la Cour de céans constate que l'appréciation médicale de la Dre B. _____ du 19 mai 2022 peut se voir accorder une pleine valeur probante. En effet, elle repose sur l'ensemble des pièces au dossier et les précédentes constatations cliniques de cette médecin. De son côté, le recourant ne saurait se prévaloir du fait que la médecin d'arrondissement de la CNA a effectué son rapport sans l'avoir examiné, puisque celui-ci a refusé de se présenter au rendez-vous d'examen auquel il était convoqué (cf. courrier du 4 avril 2022 de la CNA et courrier-réponse du 8 avril 2022 de Me Philippe Zumsteg). Même si le recourant s'était présenté au rendez-vous d'examen médical, l'issue de la cause n'aurait pas été différente. Les limitations fonctionnelles retenues par la Dre B. _____ sont en effet identiques à celles posées par les experts du C. _____ dans leur rapport pluridisciplinaire du 22 décembre 2020. Il n'y a donc pas lieu de les remettre en doute, quoi qu'en dise le recourant. A cet égard, l'intéressé se prévaut exclusivement de rapports médicaux de ses médecins traitantes, dont le lien de confiance avec leur patient doit conduire à prendre avec réserve leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc). Ces rapports ne sont au demeurant pas suffisamment motivés pour jeter un doute, même mince, sur les conclusions concluantes de la Dre B. _____ et des experts du C. _____. 10. a) En ce qui concerne le droit à la rente d'invalidité, l'argumentation du recourant repose exclusivement sur la prémisse erronée (faute de lien de causalité adéquate, cf. supra consid. 9c/cc) que l'intimée aurait dû tenir compte des atteintes psychiques pour le calcul du degré d'invalidité.

- 29 - b) En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, il est utile de préciser que celui-ci a été calculé par l'intimée sur la base des atteintes en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, et non sur la base de l'entier du tableau clinique présenté par le recourant. Le recourant n'est guère plus convaincant lorsqu'il plaide qu'un abatement de

25 % aurait dû être appliqué par l'intimée sur le revenu hypothétique d'invalidé calculé sur la base des données statistiques « en raison des limitations liées au handicap, le manque d'expérience dans le domaine et le marché du travail ». D'une part, les séquelles accidentelles du recourant ont été prises en compte dans les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée pour laquelle un abattement ne se justifiait pas en l'espèce. D'autre part, s'agissant du critère de l'expérience du recourant, il convient de rappeler que la CNA a retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, simple et répétitive, de niveau de compétence 1, qui ne requière ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de telle sorte qu'il ne se justifie également pas de procéder à un abattement supplémentaire à ce titre. c) De la comparaison entre un revenu d'invalidé de 66'073 fr. 30 et sans invalidité de 90'634 fr. 40 – et non 91'441 fr. 20 tel qu'allégué par le recourant, soit celui initialement pris en compte par l'intimée, et pas le montant après indexation aux valeurs pour 2022 –, le taux d'invalidité de 27 % fixé par l'intimée doit être confirmé. 11. a) L'intimée a refusé le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité au motif qu'il n'existait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique dans le cas du recourant, si bien que les conditions requises pour l'octroi de cette prestation de l'assurance-accidents n'étaient pas remplies. Le recourant conteste ce refus, estimant avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée à un taux minimal de 60 %.

- 30 - b) En l'occurrence, pour ce qui est de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dans son estimation du 19 mai 2022, la Dre B._____ a indiqué que le recourant ne présentait pas de séquelles qui correspondaient à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité selon les tables d'indemnisation à l'intégrité selon LAA. Elle a précisé que les quelques troubles dégénératifs qui étaient légers des suites de l'événement accidentel du 2 janvier 2021 – dont l'évolution à la fois dans le temps et en intensité n'était pas prévisible – seraient réexaminés en cas d'aggravation ultérieure. Quoiqu'en dise le recourant, l'atteinte à l'intégrité a correctement été évaluée par la médecin d'assurance. En tant qu'elle retient l'absence d'atteinte importante à l'intégrité physique dans le cas particulier et que les conditions requises pour l'octroi de cette prestation de l'assurance-accidents ne sont pas remplies, la décision attaquée ne prête pas flanc à la critique. Le recourant ne produit au demeurant aucun avis médical susceptible de remettre en cause les conclusions de la Dre B._____.

12. a) Le recourant sollicite également le versement d'une allocation pour impotent qui lui a été refusée par l'intimée qui a estimé que les conditions n'étaient pas réalisées. Invoquant le rapport du 23 novembre 2022 de la Dre N._____, le recourant estime que son impotence devrait être qualifiée de moyenne. b) L'allocation pour impotent n'est servie, en application de l'art. 26 LAA, qu'en cas de besoin permanent de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne (cf. art. 9 LPGa). Selon la jurisprudence, les actes en question sont les suivants : se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer et établir des contacts avec l'entourage (ATF 107 V 136, consid. 1c). Or, en l'occurrence, il ressort du descriptif de la journée-type faite par les experts du C._____ (rapport d'expertise du 22 décembre 2020, pp. 11, 21 et 33) que, même s'il se déplace à l'aide d'une chaise, le recourant n'est empêché d'accomplir aucun des actes élémentaires précités. Cela est confirmé par des limitations fonctionnelles légères retenues par la Dre B._____.

- 31 - identiques à celles prises en compte par les experts du C._____, lesquelles restrictions ne sont à l'évidence pas susceptibles d'entraver le recourant dans

l'accomplissement des actes ordinaires de la vie quotidienne au point de nécessiter un besoin permanent de l'aide d'autrui ou une surveillance personnelle pour leur réalisation. Dans ces circonstances, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il se prévaut des seules constatations de sa médecin traitante. En définitive, c'est à nouveau à bon droit que l'intimée a refusé d'accorder la prestation sollicitée. 13. a) D'après l'art. 37 al. 4 LPGA, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent. Dans la procédure en matière d'assurances sociales, l'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à lui parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entrent pas en considération. A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours ; en particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (TF 8C_180/2022 du 28 octobre 2022 consid. 2.2 ; 9C_786/2017 du 21 février 2018 consid. 4.2 ; 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.2). b) En l'occurrence, le rejet de la demande d'assistance juridique de l'assuré pour la période du 11 novembre 2022 au 28 mars 2023 décidée par l'intimée dans sa décision sur opposition n'est pas critiquable.

- 32 - S'agissant de la question de l'assistance gratuite d'un conseil, la Cour de céans ne voit pas quelles seraient les circonstances particulières qui justifieraient, dans le cas d'espèce, son octroi. S'agissant de la complexité du dossier les questions posées (causalité naturelle et adéquate ; droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité) sont celles que l'on rencontre usuellement en matière d'assurance-accidents. 14. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Par décision du 14 août 2023, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 mars 2023 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Philippe Zumsteg. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 28 avril 2023. Cette liste ne peut toutefois pas être intégralement suivie. Elle fait ainsi mention de plusieurs démarches antérieures à la date à laquelle l'assistance judiciaire a été accordée (29 mars 2023), lesquelles n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure. Compte tenu de ce qui précède, de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu de retenir une durée totale de dix-neuf heures et quatre minutes (au lieu de vingt-six heures et quarante-quatre minutes de travail annoncées). Il convient dès lors d'arrêter l'indemnité à 3'881 fr. 05, débours (forfait [5% du défraiement hors taxe]) et TVA (7,7 %) compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement

- 33 - sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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