

VS_GERICHTE S2 19 106 vom 6. Juli 2022

VS Kantonsgericht, 2022-07-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 19 106](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_19_106)

FR: VS_GERICHTE S2 19 106 du 6 juillet 2022

IT: VS_GERICHTE S2 19 106 del 6 luglio 2022

Regeste

S2 19 106 JUGEMENT DU 6 JUILLET 2022 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat, 1951 Sion contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), 6002 Lucerne, intimée, représentés par Maître Antoine Schöni, avocat, 2501 Biel/Bienne (art. 17 al. 1 LPGGA, révision de la rente d'invalidité ; art. 6 al. 1 LAA, causalité naturelle et adéquate en matière de troubles psychiques) Faits

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Posté le 15 novembre 2019, le présent recours contre la décision sur opposition du 14 octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGGA), devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière. 2.1 Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que la CNA a refusé de revoir à la hausse, en application de l'article 17 LPGGA, la rente d'invalidité précédemment octroyée à l'assuré. Il convient plus particulièrement d'examiner si les troubles psychiques incapacitants présentés par le recourant, lesquels sont susceptibles de constituer un motif de révision au sens de cette disposition, sont ou non en lien de causalité adéquate avec l'accident du 23 mars 2004. Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021). Si la LAA n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). La notion de causalité naturelle entre un événement assuré et une atteinte à la santé, telle qu'explicitée par la jurisprudence topique, a déjà été rappelée

- 23 - tant dans la décision contestée que dans le mémoire de recours. Il peut donc y être fait référence, en soulignant toutefois qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé mais qu'il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1, arrêt du Tribunal fédéral 8C_473/2020 du 19 janvier

2021 consid. 3.2). Conformément à la jurisprudence, l'examen de l'adéquation s'effectue, en cas d'événement terrifiant (« Schreckereignis ») sans blessures physiques, selon la formule générale d'adéquation (ATF 129 V 177), en cas de traumatismes par « coup du lapin », de blessures équivalentes et de traumatisme cranio-cérébraux selon la pratique dite du « coup du lapin » (ATF 134 V 109) et, pour le reste, selon les principes développés pour les troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_437/2021 du 25 novembre 2021 consid. 2.5 paru in SVR 2022 UV Nr. 14). 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 celui-ci et non pas les conséquences qui en résultent ni d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident. De tels facteurs doivent le cas échéant être pris en compte lors de l'examen des critères de causalité adéquate (ATF 140 V 356 consid. 5.1, RAMA 1995 p. 90 consid. b, ATF 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5, arrêt précité 8C_437/2021 consid. 5.1.1 et les références, arrêts du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3, 8C_236/2016 du 11 août 2016 consid. 3.2 et 8C_657/2013 du

E. 3

juillet 2014 consid. 4.1 et les références). Tel qu'exposé correctement dans la décision querellée et l'écriture de recours, en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident, le lien de causalité adéquate doit d'emblée être nié lorsque l'événement accidentel est insignifiant ou de peu de gravité mais admis en cas d'accident grave. En présence d'un accident de gravité moyenne qui ne peut être qualifié ni d'insignifiant ni de grave, la réponse à la question de la causalité adéquate ne dépend pas uniquement de l'accident lui-même. Il convient également de prendre en compte d'autres circonstances objectives en relation directe ou indirecte avec celui-ci. Il peut être renvoyé à ces critères déjà énumérés dans les deux actes précités. Lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie des accidents graves, il n'est pas nécessaire que

- 24 - soient réunis dans chaque cas tous les critères objectifs posés par la jurisprudence, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate (ATF 117 V 359 consid. 6b et 115 V 133 consid. 6c/bb, arrêts précités 8C_437/2021 consid. 5.2 et les références et 8C_657/2013 consid. 5.1). D'autre part, trois critères au moins doivent être remplis pour admettre un lien de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne au sens étroit et des troubles psychiques subséquents, ou alors un seul mais de manière particulièrement marquante (ATF 117 V 359 consid. 6b et 115 V 133 consid. 6c/bb, arrêts du Tribunal fédéral 8C_131/2021 du 2 août 2021 consid. 6.2 paru in SVR 2022 UV Nr. 3, 8C_632/2018 du 10 mai 2019 consid. 8.3 paru in SVR 2019 UV Nr. 41, 8C_533/2017 du 17 avril 2018 consid. 3.2 et 8C_516/2017 du 6 février 2018 consid. 5.4). Enfin, au considérant 5.3.1 de l'ATF 148 V 138, le Tribunal fédéral s'est exprimé en ces termes au sujet du critère de la durée anormalement longue du traitement médical : « L'aspect temporel 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 (arrêt 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 et la référence). 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 que mises à part lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêt 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). En revanche, elle l'a admis dans le cas d'un assuré qui, hospitalisé du 15 décembre 2011 au 5 janvier 2012, avait subi trois interventions chirurgicales du coude gauche, puis une ablation du fixateur externe le 7 février 2012, une ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrolyse du coude le 19 novembre 2013 nécessitant une hospitalisation jusqu'au 19 décembre suivant et enfin une opération de neurolyses des nerfs ulnaire et médian au coude et poignet gauches le 10 février 2015 ; l'assuré avait en outre séjourné à la Clinique de réadaptation D. pendant un peu plus d'un mois pour une évaluation multidisciplinaire et professionnelle (arrêt 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.2). Le critère a également été admis dans le cas d'une longue et pénible convalescence sur une période de vingt-et-un mois impliquant trois interventions chirurgicales ayant tenu l'assuré loin de chez lui pendant près de cinq mois à compter de l'accident, puis deux autres opérations pratiquées par la suite pour enlever le matériel

- 25 - d'ostéosynthèse et nécessitant encore deux semaines de rééducation intensive (arrêt 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.2) ». 2.2.1 Dans sa duplique du 29 avril 2020, l'intimée a semblé remettre en cause l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 23 mars 2004 et les affections psychiatriques actuelles du recourant. Elle a argué que la dégradation de la santé psychique de celui-ci était due à des problèmes totalement extérieurs et subséquents audit événement accidentel. Elle a pourtant rappelé, dans sa réponse du 30 janvier 2020, la teneur de l'appréciation que son propre psychiatre-conseil avait rédigée le 11 juin 2019 (pièce 371 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Dans cette appréciation cohérente, motivée et convaincante, qui répond ainsi aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante d'un rapport médical, le Dr R _____ a conclu à la probabilité d'une relation de causalité naturelle entre l'événement du 23 mars 2004 et les troubles psychiques diagnostiqués, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne, un état de stress post-traumatique et une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe. A l'instar de la CNA dans l'écriture précitée du 29 avril 2020, ce spécialiste a bien tenu compte de facteurs étrangers à cet événement, soit d'une certaine vulnérabilité antérieure à l'accident, sous forme d'une personnalité histrionique selon le Dr G _____, d'éléments extérieurs tels qu'un emploi sans formation spécifique et la séparation d'avec les grands-parents, d'une évolution tout d'abord favorable avec la reprise d'une activité professionnelle puis, à partir de 2015, d'une péjoration progressive à cause de problèmes au travail (harcèlement, « mobbing ») ayant réactivé la psychopathologie antérieure. C'est le lieu de répéter ici qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé mais qu'il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Il est au surplus établi et il n'est du reste pas contesté que l'assuré a présenté des troubles psychiques dans les suites immédiates de l'accident du 23 mars 2004 et qu'à tout le moins en partie, ces troubles ont été mis en lien avec l'accident par les spécialistes consultés (rapport du Dr D _____ du 20 avril 2004, sous pièce 13 et lettre de sortie de C _____ du 25 juin 2004, sous pièce 20 : « état de stress post-traumatique [phase initiale, au décours] [F43.1] » ; confirmation par le Dr G _____, le 7 mars 2005, du diagnostic d'état de stress post-traumatique, sous pièce 47

; courrier du Dr G _____ du 20 avril 2005, sous pièce 53 : « tableau psychiatrique très fluctuant ;

- 26 - symptomatologie d'état de stress post-traumatique inconstante ; possible personnalité de type histrionique, préexistante à l'accident mais révélée par celui-ci ». Une note du 14 février 2005 fait d'ailleurs état de l'accord de prise en charge, par la CNA, du suivi de ces troubles (pièce 42). Selon les explications données le 20 avril 2005 par le Dr G _____, ce traitement s'est néanmoins terminé après deux séances, d'entente avec le patient (pièce 53). Il ressort d'autre part des évaluations du N _____ des 12 juillet et 2 décembre 2016 (pièce 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA), de la lettre de sortie de O _____ du 13 novembre 2017 et des informations transmises le 31 décembre 2018 à l'Office AI par le Dr P _____ (pièce 370 du dossier numérisé et imprimé de la CNA) que des diagnostics tels qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans syndrome somatique (F33.10), un trouble anxieux, sans précision (F41.9), un trouble obsessionnel compulsif avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan (F42.0), un état de stress post-traumatique (F43.1) ou une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0, état de stress post-traumatique) ont finalement conduit à une incapacité totale de travail à compter de janvier 2016. Or, l'influence de l'accident de travail de 2004 dans le développement des affections psychiatriques diagnostiquées a été soulignée dans chacun de ces rapports. Comme le recourant l'a lui-même reconnu dans ses écritures judiciaires, les symptômes en question ont, certes, été contrôlés grâce aux thérapies instaurées et celui-ci a donc pu terminer avec succès des formations et exercer, durant quelques années, l'activité d'agent de sécurité chargé du transport de détenus (pièces 309 et 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). L'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré a effectivement été constatée lors du consilium psychiatrique tenu le 8 janvier 2009 à C _____ (pièce 229 : « status psychique normal, diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission sous traitement [F33.4] ») et des entretiens du 24 mars 2010 au sein de S _____ (pièce 3 produite par le recourant : « absence de syndromes post-traumatiques, diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission [F33.4] ») puis du 29 avril 2013 au N _____ (pièce 4 produite par le recourant : « hypothèses diagnostiques de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique [F33.00] et de probable trouble de la personnalité, sans précision [F60.9] »). Il n'en reste pas moins que, même plus de onze ans après sa survenance, l'accident du 23 mars 2004 constitue toujours une cause, en tout cas partielle, des troubles psychiques actuellement incapacitants du recourant. 2.2.2.1 Dans la décision entreprise puis sa réponse du 30 janvier 2020, la CNA a exposé que les principes jurisprudentiels de l'ATF 115 V 133, lesquels s'appliquent à l'examen de la causalité adéquate entre des troubles psychiques et un événement accidentel,

- 27 - n'étaient guère adaptés aux cas de rechute ou de séquelles tardives et que dans ces circonstances-là, il convenait d'analyser la question de la causalité adéquate également sous l'angle de la définition générale de cette notion. Cette assertion ne peut être suivie par la Cour. En effet, le Tribunal fédéral a encore récemment eu l'occasion de rappeler, au considérant 2.5 de l'arrêt précité 8C_437/2021, que l'examen de l'adéquation selon la formule générale de la causalité adéquate ne s'effectuait que dans les cas d'événement terrifiants (« Schreckereignisse »), sans blessures physiques. La présente affaire ne portant pas sur un tel état de fait ni sur un traumatisme par « coup du lapin », l'analyse de la causalité adéquate doit bel et bien intervenir sur la base des principes développés par l'ATF

115 V 133 concernant des troubles psychiques consécutifs à un accident. A noter que ces principes sont plus stricts que la définition générale de l'adéquation. 2.2.2.2 Il convient ainsi de qualifier l'accident du 23 mars 2004 selon son degré de gravité, sur la seule base objective du déroulement de celui-ci. Il ressort de la déclaration d'accident LAA du 29 mars 2004 que le 23 mars précédent, l'assuré avait été victime d'un accident professionnel lorsqu'un bloc de caillou l'avait atteint à la tête et aux jambes (pièce 1). Il a été indiqué dans la lettre de sortie de B _____, établie le 13 avril 2004, que le patient avait été atteint lors de travaux dans le tunnel par un bloc rocheux d'environ quarante sur septante centimètres (pièce 8). Le Dr D _____ a rapporté, en date du 20 avril 2004, que l'accident potentiellement grave était intervenu durant l'activité professionnelle de l'assuré et que, de manière très subite, celui-ci avait été frappé par une pierre tombée d'une des machines (pièce 13). Dans ses réponses à la CNA du 28 avril 2004, l'assuré a mentionné que le 23 mars 2004, dans le tunnel du Lötschberg, une pierre de quatre-vingt kilos tombée d'un concasseur l'avait atteint alors qu'il était en train de passer sous le concasseur (pièce 9). Dans le cadre d'un entretien du 27 janvier 2005 avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a encore précisé que le 23 mars 2004, sur le chantier de Ferden, une pierre était tombée d'une hauteur de trois mètres et l'avait atteint à la tête, puis avait fracturé le bras gauche et la jambe gauche (pièce 40). Selon les différentes auditions d'enquête menées les 4 août, 3 octobre et

E. 3.1

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA).

E. 3.2

Au vu de l'issue de la cause, la recourante a droit à des dépens à charge de l'intimé (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA, art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Me De Palma, conseil du recourant, a déposé en la présente cause un recours étayé, deux brèves déterminations, respectivement sur la réponse de six pages de l'intimée puis sur la duplique de deux pages, six courriers et une vingtaine de copies dans un dossier, certes volumineux, mais qui lui était déjà connu en raison de procédures antérieures et qui portait sur une question bien spécifique. Les dépens qui lui sont dus par l'intimée sont ainsi fixés à 2000 fr., débours et TVA compris (art. 27 al. 5 LTar), en considération du tarif horaire moyen fixé par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_510/2021 du 13 mai 2022).

- 36 - Prononce

1. Le recours est admis et les décisions des 1er juillet et 14 octobre 2019 sont annulées. Le dossier est renvoyé à l'intimée afin qu'elle statue sur les prestations dues au titre des troubles psychiques présentés par le recourant. 2. Il n'est pas perçu de frais. 3. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à X _____ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens.

Sion, le 6 juillet 2022

E. 8

octobre 2005 par un inspecteur de la CNA au sujet des circonstances de l'accident du 23 mars 2004, le concasseur sur le chantier contenait des cailloux et tournait au ralenti lorsque l'assuré en avait reçu un qui était tombé de cette machine, alors qu'il descendait d'un tas de pierres placé devant le concasseur (pièces 6, 7 et 8 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

- 28 - Etant donné la force générée par un bloc de rocher d'environ quarante sur septante centimètres, pesant quatre-vingt kilos et tombé d'une hauteur de trois mètres, l'accident du 23 mars 2004 pourrait déjà être considéré comme grave, ce qui conduirait donc à admettre, sans autre examen, le lien de causalité adéquate avec les troubles psychiques actuels. 2.2.2.3 Si l'événement accidentel en question est classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, mais à la limite de celle des accidents graves, il suffit alors qu'un seul des critères objectifs énuméré par la jurisprudence soit rempli pour reconnaître l'existence d'un tel lien. Celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques l'est sans nul doute. En effet, l'incapacité de travail dans l'activité antérieure de tunnelier a été totale dès le jour de l'accident, et ce de manière définitive (pièce 20 page 5 et pièces 21, 22, 23, 26, 27, 31, 33, 46, 49, 55, 60, 64, 65, 71, 75, 79, 84, 96, 131, 134, 136, 141, 148, 153, 155, 174, 192, 203, 211, 224, 234, 243, 250, 256, 257 et 265). De surcroît, non seulement le recourant n'a jamais plus été apte à reprendre ce travail, mais il s'est également écoulé plus de six ans, depuis la date de l'accident, jusqu'à ce que le médecin d'arrondissement de la CNA, dans son avis du 6 mai 2010 (pièce 271), le médecin du SMR, dans son appréciation finale du 6 juin suivant (pièce 282), puis les Drs I _____ et L _____, dans leurs rapports respectifs des 21 juin (pièce 278) et 30 août 2010 (pièce 288), finissent par conclure à une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, dès le 15 mars 2010 de l'avis du médecin du SMR. En date du 4 octobre 2006, une telle capacité avait déjà été jugée exigible par ce médecin, à compter même du 1er octobre 2005 (annexe à la pièce 102) et, le 12 décembre 2006, par le médecin d'arrondissement de la CNA également (pièce 110). Ces évaluations se sont néanmoins révélées prématurées puisque la situation médicale n'était en fait pas stabilisée et que par la suite, entre le 21 mai 2007 et le 1er février 2010, le recourant a subi pas moins de six opérations au niveau de son tibia gauche (pièces 144, 147, 190, 242, 257 et 267). 2.2.2.4 A supposer que l'événement du 23 mars 2004 soit qualifié d'accident de gravité moyenne stricto sensu, trois circonstances objectives au minimum doivent être données pour l'admission de la causalité adéquate entre un événement de cette gravité et des affections psychiques subséquentes, ou alors une seule mais de manière particulièrement marquante.

- 29 - Au vu des explications qui précèdent, tel est le cas du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, de sorte qu'un rapport de causalité adéquate peut aussi retenu en considération de cette qualification de l'accident. 2.2.2.5.1 De toute manière, l'existence d'autres critères jurisprudentiels se vérifie également en l'espèce. Comme l'assuré lui-même l'a invoqué dans son opposition du 27 août 2019 et son recours du 15 novembre suivant, l'accident du 23 mars 2004 est survenu de manière particulièrement impressionnante pour lui. Le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident doit donc être retenu. D'après ses déclarations lors du consilium psychiatrique du 19 avril 2004 à C _____, après avoir été frappé de manière très subite par une pierre tombée de l'une des machines, le recourant n'a pas perdu conscience et a d'emblée compris que son accident était grave. Durant la minute qui a suivi, il s'est souvenu avoir été couché, avec la peur d'être atteint par d'autres blocs de rocher. Aucun de ses collègues n'ayant vu l'accident, il a dû se déplacer sur plusieurs mètres avant de pouvoir attirer l'attention sur lui et être secouru (pièce 13). L'absence de perte de connaissance a bien été confirmée dans la lettre de sortie de B _____ du 13 avril 2004 (pièce 8). L'assuré a précisé, lors de l'entretien du 3 octobre 2005 avec un inspecteur de la CNA, qu'il avait reçu un caillou tombé du concasseur qui tournait au ralenti et qu'une fois au sol, il avait constaté que le

concasseur était plein et qu'un autre caillou menaçait de tomber (pièce 7 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Au cours de son hospitalisation du 14 août au 29 septembre 2017 en établissement psychiatrique, il a relaté un état dépressif en péjoration constante, apparu en 2004 à la suite d'un grave accident de travail lors duquel il avait cru et failli mourir (pièce 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Il est vrai que si le bloc de rocher décrit ci-dessus avait touché le recourant en pleine tête, l'issue aurait fort probablement été fatale. Des flash-backs et des cauchemars, dans lesquels un rocher tombait sur l'assuré qui avait alors peur qu'un autre rocher l'atteignît et l'écrasât, ont au demeurant été relevés dans le rapport du Dr R _____ du 11 juin 2019 (pièce 371 du dossier numérisé et imprimé de la CNA) et le compte-rendu de l'entretien psychiatrique du 24 mars 2010 à S _____ (pièce 3 produite par le recourant). 2.2.2.5.2 Il ressort des rapports du Dr E _____ des 10 décembre 2004 (pièce 33) et 25 février 2005 (pièce 46) ainsi que de ceux rédigés les 15 février (pièce 82) et

E. 12

décembre 2006 (pièce 110) par le médecin d'arrondissement de la CNA que les

- 30 - contusions et les plaies ouvertes au niveau de la tête et de l'épaule du côté gauche, de même que la fracture du radius gauche traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse par plaque le jour de l'accident (pièce 8), se sont résorbées sans problème particulier et n'ont pas laissé de séquelles. Elles ne sauraient donc être considérées comme graves. Il en a été autrement de la fracture ouverte à deux étages de la jambe gauche (pièce 8) correspondant plus précisément, selon la lettre de sortie de C _____ du 25 juin 2004, à une fracture comminutive du tibia et du péroné (pièce 20). En date du 21 juin 2010, le Dr I _____ a conclu à une reprise du travail à 100% dans une activité adaptée au status post-traumatique grave du membre inférieur gauche (pièce 278). Faisant état de ses constatations lors de la consultation orthopédique du 18 décembre 2017, le Dr K _____ a, quant à lui, relevé que l'évolution était dans l'ensemble favorable à distance d'une fracture gravissime du fémur gauche, avec un trait de fracture descendant jusque dans les condyles (pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Il a aussi été question de séquelles physiques importantes dans le rapport du N _____ du 12 juillet 2016 (pièce 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Relativement à cette fracture de la jambe gauche, la gravité des lésions physiques est en l'occurrence aussi établie. 2.2.2.5.3 Il en va de même de la durée anormalement longue du traitement médical. En comparaison avec les deux cas cités à titre d'exemples de reconnaissance de ce critère au considérant 5.3.1 de l'ATF 148 V 138, celui-ci ne peut qu'être admis dans la présente affaire et, de surcroît, qualifié de particulièrement marquant. L'assuré a en effet été hospitalisé à six reprises, subi onze opérations et séjourné trois fois à C _____ pour y suivre un programme de rééducation, du 14 avril au 15 juin 2004 (pièce 20), du 7 janvier au 10 mars 2009 (pièce 234) puis du 10 juin au 5 août 2009 (pièce 250). Lors de la première hospitalisation du 23 mars au 13 avril 2004, trois interventions ont été pratiquées, à savoir, le jour de l'accident, une réduction sanglante et une ostéosynthèse par plaque au niveau du tibia ainsi qu'une réduction sanglante avec une ostéosynthèse par plaque du radius puis, le 1er avril 2004, un curetage d'hématome (pièce 8). En date du 19 mai 2004, il a été procédé à une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse de la fracture du tibia gauche (pièce 15, recto) et, le 28 mai suivant, à un débridement et à une greffe de peau mince sur la zone cruentée de la face antérieure du tiers proximal de la jambe gauche (pièce 15, verso). La deuxième hospitalisation, du 20 mai au 4 juin 2007, a servi à effectuer, le 21 mai 2007, l'ablation du

matériel d'ostéosynthèse au tibia proximal gauche et le débridement, la mise en place d'un espaceur en ciment puis la stabilisation par un fixateur externe à ce niveau (pièce

- 31 - 144). Durant la troisième hospitalisation du 17 au 26 juillet 2007, l'espaceur ainsi que le fixateur externe ont été ôtés et une greffe iliaque avec une ostéosynthèse par plaque Liss ont été pratiquées le 18 juillet 2007 (pièce 147). Le premier jour de la quatrième hospitalisation du 19 au 27 mai 2008, l'ablation de la plaque Liss, une greffe osseuse massive du tibia et la mise en place d'un clou T2 ont été pratiquées (pièces 190 et 191). La cinquième hospitalisation s'est déroulée du 29 avril au 7 mai 2009 en vue de la cure de pseudarthrose intervenue le 30 avril 2009, avec ablation du clou, décortication, greffe osseuse et ostéosynthèse par plaque (pièces 242 et 243). La sixième hospitalisation du 9 au 23 septembre 2009 a comporté, le 10 septembre 2009, de nouveaux gestes chirurgicaux, soit l'ablation de la plaque, une décortication, la mise en place d'une greffe et la pose d'un Ilizarov en compression (pièce 257). L'Ilizarov a été enlevé au cours de l'opération du 1er février 2010 (pièce 267). Même si, selon la jurisprudence, ces éléments ne suffisent pas en soi à fonder le critère en question, il convient de relever au passage les innombrables consultations médicales et séances de physiothérapie auxquelles le patient s'est rendu depuis son accident jusqu'à la consultation orthopédique du 18 décembre 2017 auprès du Dr K _____ (pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA), lesquelles ressortent des prescriptions et rapports correspondants des Drs E _____ (pièces 27, 33, 46, 55, 64, 75, 79 et 89), I _____ (pièces 125, 150, 153, 154, 158, 174, 181, 192, 203, 206, 208, 217, 222, 238, 258, 265, 269, 270, 278 et 285 ; pièce 331 du dossier numérisé et imprimé de la CNA) et K _____ (pièces 232 et 233 ; pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). 2.2.2.5.4 Les déclarations de l'assuré au sujet des douleurs au membre inférieur gauche ont varié au fil du cas (« douleurs bien contrôlées par la médication » dans le rapport d'ENMG du 16 juin 2004, sous pièce 19 ; « douleurs déclarées importantes pendant le séjour, malgré une médication antalgique maximale et avec un épisode d'intoxication aux morphiniques au début de la prise en charge » dans la lettre de sortie de C _____ du 25 juin 2004, sous pièce 20 ; « pas de douleurs » dans le rapport du Dr E _____ du 11 octobre 2004, sous pièce 27 ; « douleurs à la charge » dans le rapport du Dr E _____ du 23 février 2005, sous pièce 46 ; « douleurs persistantes » dans le rapport du Dr E _____ du 24 avril 2005, sous pièce 55 ; « douleurs en diminution » dans les rapports du Dr E _____ des 21 juin 2005, sous pièce 64, 19 août 2005, sous pièce 65 et 23 janvier 2006, sous pièce 79 ; « douleurs au côté interne de la jambe gauche » dans le rapport du médecin d'agence de la CNA du

E. 15

février 2006, sous pièce 82 ; « douleurs à la marche » dans le rapport du médecin

- 32 - d'arrondissement de la CNA du 12 décembre 2006, sous pièce 110 ; « douleurs en nette diminution » dans le rapport du Dr I _____ du 14 novembre 2007, sous pièce 153 ; « douleurs à la charge, au niveau du tibia distal comme proximal » dans le rapport du Dr I _____ du 28 février 2008, sous pièce 174 ; « douleurs aux interlignes et au plateau internes ainsi qu'au foyer de la pseudarthrose » dans les rapports du Dr K _____ des 4 et 12 mars 2009, sous pièces 232 et 233 ; « douleurs persistantes, en régions médio-diaphysaires tibiales et supra-malléolaires internes gauches ainsi qu'aux compartiments interne et externe du genou, de type mécanique, à la mise en charge, lors de la décharge, au passage du pas mais non au repos, sans tuméfaction et évaluées à cinq sur dix sur l'EVA » dans la lettre de sortie de C _____ du 2 avril 2009, sous pièce 234 » ; «

douleurs post-opératoires soulagées par la médication antalgique prescrite, pas de douleurs nocturnes, plus d'algies externes et antérieures, douleurs de la malléole interne gauche en diminution par rapport à la situation pré-opératoire » dans la lettre de sortie de C _____ du 11 août 2009, sous pièce 250 ; « presque pas de douleurs à la marche sur terrain plat mais douleurs débutantes en terrain accidenté » dans le rapport du Dr I _____ du 19 avril 2010, sous pièce 207 ; « douleurs, craquement et blocages occasionnels au niveau du genou gauche » dans le rapport du Dr I _____ du 4 juillet 2017, sous pièce 331 du dossier numérisé et imprimé de la CNA ; « douleurs occasionnelles au genou et au tibia gauches, même au repos » dans les déclarations de l'assuré à la CNA le 19 octobre 2017, sous pièce 327 du dossier numérisé et imprimé de la CNA ; « douleurs non invalidantes » dans le rapport du Dr K _____ du 20 décembre 2017, sous pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Au cours de son séjour à C _____ du 7 janvier au 10 mars 2009, soit presque cinq ans après l'accident du 23 mars 2004, le recourant se plaignait donc toujours de douleurs à la jambe gauche, douleurs qu'il a tout de même évaluées à cinq sur dix sur l'EVA (pièce 234). Selon ses réponses du 4 juillet 2017 au Dr I _____ (pièce 331 du dossier numérisé et imprimé de la CNA), du 19 octobre suivant à la CNA (pièce 327 du dossier numérisé et imprimé de la CNA) et du 18 décembre 2017 au Dr K _____ (pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA), ces douleurs, bien qu'occasionnelles et non invalidantes, persistaient plus de treize ans et demi après l'événement accidentel, même au repos, et s'étaient étendues au genou gauche. Il convient ainsi de retenir le critère des douleurs physiques persistantes. 2.2.2.5.5 Des difficultés au cours de la guérison et des complications importantes sont d'autre part survenues en relation avec la fracture ouverte proximale de grade II du tibia

- 33 - gauche. Aux termes des lettres de sortie de B _____ du 13 avril 2004 (pièce 8) et de C _____ du 25 juin 2004 (pièce 20), un hématome macroscopique non infecté est apparu à ce niveau après la réduction sanglante et l'ostéosynthèse par plaque du tibia pratiquées le jour de l'accident. Cet hématome a nécessité un curetage le 1er avril 2004. D'après cette dernière lettre de sortie et les résultats de l'examen neurologique ainsi que de l'ENMG respectivement effectués les 28 avril et 2 juin 2004 à C _____, une neuropathie post-traumatique du nerf péronier gauche, du nerf saphène interne gauche et du nerf tibial postérieur gauche a ensuite été mise en évidence (pièces 17, 19 et 20). Le pronostic relatif à ces neuropathies multiples était cependant très bon voire excellent. Dans la lettre de sortie du 25 juin 2004, une déhiscence de la cicatrice du membre inférieur gauche, avec exposition d'une vis d'ostéosynthèse, a également été rapportée (pièce 20). Le Dr E _____ a toutefois indiqué, les 11 octobre 2004 et 24 avril 2005, que la plaie, puis la cicatrice, était en ordre (pièces 27 et 55). Entre le 10 décembre 2004 et le 22 janvier 2010, les différents spécialistes en charge du cas de l'assuré (pièces 33, 46, 79, 89, 203, 208, 232, 233 et 250), de même que le médecin d'arrondissement de la CNA (pièce 82), ont déploré un retard dans la consolidation de la fracture du tibia gauche, contrairement à celle du péroné gauche, sur la base de l'imagerie (pièces 54 et 74). Dans son rapport du 24 avril 2005, le Dr E _____ a diagnostiqué une pseudarthrose de la jambe gauche (pièce 55), diagnostic qu'il a confirmé le 25 novembre suivant (pièce 75) et qui a été repris par le médecin du SMR dans son rapport du 4 octobre 2006 (annexe à la pièce 102). Cette pseudarthrose du tibia proximal gauche s'est infectée et a motivé l'hospitalisation au J _____ du 20 mai au 4 juin 2007, au cours de laquelle il a été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse à ce niveau ainsi qu'au débridement, à la mise en place d'un espaceur en ciment et à la stabilisation par un fixateur externe du tibia gauche (pièce 144).

L'ENMG du 14 janvier 2009 a permis de retenir que la composante neurogène à la problématique de limitations fonctionnelles douloureuses de la cheville et de la jambe était à considérer comme négligeable (pièce 230). Une cure de pseudarthrose avec ablation du clou, décortication, greffe osseuse et ostéosynthèse par plaque a encore été pratiquée en date du 30 avril 2009 au J _____ (pièces 242 et 243). L'examen neurologique effectué lors du séjour du 10 juin au 5 août 2009 à C _____ s'est finalement révélé être dans la norme (pièce 250). L'assuré a encore séjourné au J _____ entre le 9 et le 23 septembre 2009. A cause d'une rupture de la plaque sur le tibia gauche, une nouvelle opération a eu lieu durant cette hospitalisation,

- 34 - avec ablation de cette plaque, décortication, mise en place d'une greffe et pose d'un Ilizarov en compression (pièce 257). Ce n'est que dans ses rapports des 22 janvier, 19 avril et 21 juin 2010 que le Dr I _____ a enfin constaté une bonne consolidation de l'ancienne pseudarthrose (pièces 265, 270 et 278). La liquidation du cas a alors pu intervenir, en considération de l'état de santé désormais stabilisé, par l'appréciation finale du médecin du SMR en date du 6 juin 2010 (pièce 282) puis par le compte-rendu de l'examen final du 25 août 2010 auprès du médecin d'arrondissement de la CNA (pièce 288). Etant donné la durée de presque six ans qui a été nécessaire pour obtenir la consolidation de la fracture du tibia gauche, les circonstances objectives des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes sont à qualifier de marquantes. 2.2.2.5.6 Au final, seul le critère des erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'est en l'occurrence pas rempli. Sur les sept critères objectifs développés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident moyennement grave, les six autres doivent être retenus in casu. Trois d'entre eux, soit la durée anormalement longue du traitement médical, les complications importantes et le degré ainsi que la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques se sont au surplus manifestés de façon marquante. 2.2.3 En conséquence, il existe un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel du 23 mars 2004 et les affections psychiques du recourant. Par surabondance de moyens, un tel lien devrait également être retenu en référence à la définition générale, plus large, de la causalité adéquate. En effet, le 23 mars 2004, le recourant a été heurté sur la partie gauche du corps par un bloc de rocher d'environ quarante sur septante centimètres, pesant quatre-vingt kilos et tombé d'une hauteur de trois mètres. Au cours de cet accident, il a cru et failli mourir. Un tel événement apparaît ainsi propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner des troubles psychiques du genre de ceux diagnostiqués en date du 11 juin 2019 par le psychiatre-conseil de l'intimée, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne, un état de stress post-traumatique et une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (pièce 371 du dossier numérisé et imprimé par la CNA), même si des facteurs extérieurs audit événement accidentel ont concouru au développement des troubles en question.

- 35 - Partant, le recours est admis et les décisions de la CNA des 1er juillet et 14 octobre 2019 sont annulées. Le dossier est renvoyé à l'intimée afin qu'elle statue sur les prestations dues au recourant en relation avec les troubles psychiques présentés par celui-ci.