

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 décembre 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Neu et Gerber, juge suppléant  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L. \_\_\_\_\_**, à Chavannes-Renens, recourant, représenté par Me Raphaël Tatti, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré) était employé de la société J.\_\_\_\_\_ SA à Genève depuis 2003. Il s'agit d'une entreprise de travail temporaire qui l'envoyait en missions, essentiellement comme aide installateur en chauffage. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) contre les accidents professionnels et non-professionnels.

Le 28 janvier 2004, en traversant la route, l'assuré a été renversé par une voiture qui circulait à environ 40 km/h. Il a été projeté sur le capot de la voiture et a heurté de la tête le pare-brise avant de retomber sur la chaussée, quelque 11 mètres plus loin. Selon la déclaration d'accident du 25 mars 2004, l'assuré a perdu connaissance suite au choc et s'est réveillé 3 à 4 heures plus tard à l'hôpital. Selon le rapport de la gendarmerie du 25 février 2004, L.\_\_\_\_\_ s'était engagé sur la chaussée lors de l'accident sans emprunter le passage piéton qui se trouvait à 50 m. Il a été condamné par le préfet au paiement d'une amende de 180 francs.

L'assuré a séjourné au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) du 28 janvier au 11 février 2004. Selon la lettre de sortie du 24 mars 2004, il souffrait d'une fracture métaphysaire du tibia-péroné proximal droit. La fracture a été réduite le 3 février 2004 et ostéosynthésée par une petite plaque interne. L'évolution a été favorable et les suites opératoires ont été simples et afébriles. La rééducation à la marche en charge de 5 kg à l'aide de cannes anglaises a débuté sans problème dès le 3<sup>e</sup> jour après l'opération.

Dans un entretien avec l'inspecteur de la CNA daté du 28 juin 2004, l'assuré a déclaré souffrir de vertiges et troubles de l'équilibre et d'importants troubles de mémoire ainsi que de nervosité depuis l'accident du 28 janvier 2004.

Une capacité de travail de 50 % a été reconnue à l'assuré dès le 15 juillet 2004 mais son employeur ne pouvait pas le reprendre à ce taux.

Selon un rapport d'examen neuropsychologique de X.\_\_\_\_\_, spécialiste FSP en neuropsychologie, daté du 6 juillet 2004, l'assuré souffrait de troubles sévères en mémoire immédiate (verbale et visuo-spatiale), ainsi qu'en mémoire antérograde en modalité verbale (apprentissage, reconnaissance, rappel différé) et en modalité visuo-spatiale (rappel différé) où l'apprentissage et la reconnaissance étaient toutefois dans les normes, de troubles attentionnels sévères (temps de réaction sévèrement ralentis et difficultés importantes à gérer des doubles tâches), d'un dysfonctionnement exécutif léger (manque d'incitation), de discrètes difficultés gnosiques visuelles. Ce tableau était celui d'une atteinte cognitive modérée à sévère, dont les signes mis en évidence étaient compatibles avec un traumatisme crânien cérébral mais dépassaient la symptomatologie du syndrome post-commotionnel. Le rapport relève la présence de discordances entre certains résultats aux tests (déficit sévère en mémoire immédiate mais performances normales en mémoire de travail), évoquant une fluctuation des performances.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 20 juillet 2004. Celui-ci se plaignait encore de douleurs à la partie proximale de la jambe droite, de vertiges, de troubles de la mémoire ainsi que d'une nervosité anormale. Ce médecin a estimé que l'assuré était encore dépourvu de toute capacité de travail.

L'assuré a séjourné du 27 juillet au 1<sup>er</sup> septembre 2004 à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR). Selon le rapport du 23 septembre 2004 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, et du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, les diagnostics suivants ont été posés:

*"DIAGNOSTICS PRIMAIRES:*

*Thérapies physiques et fonctionnelles*

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES:**

*Accident de la voie publique, le 28.01.04 avec:*  
*-Fracture métaphysaire proximale de la jambe D, traitée par*  
*ostéosynthèse en urgence différée le 03.02.04*  
*- TCC probablement modéré*  
*Vertiges sur cupulolithiase*

**COMORBIDITÉS:**

*Cure de hernie inguinale G, il y a 30 ans"*

Le rapport apprécie la situation de l'assuré comme suit:

"[...] tout au long du séjour, tant sur le plan orthopédique que sur le plan neuropsychologique, des discordances et des auto-limitations sont mises en évidence. La marche sans canne en dehors des thérapies s'effectue sans aucune boiterie, alors qu'elle s'accroît en situation de test; de même la montée et descente d'une marche d'env. 20 cm se fait de façon aisée alors que de grosses difficultés sont observées lors de la montée et descente dans les escaliers. Aux ateliers professionnels, sur des périodes de 2h, la posture debout est maintenue 5 minutes; assis, aucune plainte n'est émise. Sur le plan neuropsychologique, le patient déclare des troubles neuropsychologiques persistants, sans amélioration depuis son entrée, qui l'empêcheraient de reprendre une quelconque activité professionnelle. Cependant, des tâches intellectuelles complexes sont réalisées sans problème aux ateliers. M. L. \_\_\_\_\_ a aussi abordé de manière adéquate ses problèmes financiers avec l'assistante sociale. Ses performances se sont finalement nettement améliorées après l'évocation d'un possible retrait de permis en raison des mauvais résultats lors des tests neuropsychologiques.

Il n'y a donc pas d'incapacité de travail justifiée par les conséquences du traumatisme cranio-cérébral, ni sur le plan orthopédique. Par contre, en raison du TCC reconnu par les neurologues, une diminution du rendement de l'ordre de 20 à 30 % peut être retenue, avec un amendement très rapide au fil des prochaines semaines. Une reprise progressive est donc attestée à la sortie. M. L. \_\_\_\_\_ conteste la décision et allègue une impossibilité de reprendre une quelconque activité professionnelle en raison de ses troubles neuropsychologiques et des limitations déclarées de son MID".

La capacité de travail dans la profession de chauffagiste a été évaluée par les médecins de la CRR à 50 % du 6 septembre au 19 septembre 2004, à 75 % du 20 septembre au 3 octobre 2004 puis à 100 % dès le 4 octobre 2004.

Selon le consilium psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, du 30 juillet 2004, l'assuré ne souffrait pas de troubles psychogènes, qu'il s'agisse d'un état dépressif, d'un état de stress post-traumatique ou d'un trouble de réadaptation. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé cette évaluation le 19 août 2004.

Par décision du 8 septembre 2004, la CNA a renoncé à tenir compte de l'incapacité partielle de travail entre le 6 septembre et le 3 octobre 2004 pour calculer l'indemnité journalière. En revanche, les indemnités journalières ont été terminées en date du 4 octobre 2004. Par lettre reçue le 4 octobre 2004, l'assuré a fait opposition contre la décision du 8 septembre 2004, en se référant à l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Celui-ci a proposé, le 2 novembre 2004, l'ablation précoce du matériel d'ostéosynthèse, car la plaque du côté externe se trouvait en grande partie dans la musculature, ce qui pouvait occasionner les douleurs ressenties par l'assuré. Le 8 décembre 2004, le matériel d'ostéosynthèse a été retiré. Par courrier du 26 novembre 2004, la CNA a annulé sa décision du 8 septembre 2004 et repris le versement des indemnités journalières.

Selon un courrier du Dr D.\_\_\_\_\_ du 10 février 2005, la symptomatologie de l'assuré est difficile à expliquer. Une algoneurodystrophie a cependant pu être exclue.

Selon un rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 4 mars 2005, l'assuré ne se plaignait plus de vertiges mais toujours beaucoup de problèmes de mémoire, d'une modification de caractère et de douleurs permanentes, notamment nocturnes, à la jambe droite. L'examen clinique a montré que l'assuré marchait avec une boiterie pour le moins démonstrative. Objectivement, la jambe droite était toujours un peu sensible à la palpation à sa face antérieure, le simple effleurement donnant lieu à de très vives réactions de retrait. Il nota un discret empatement des parties molles mais il n'y avait pas d'hyperthermie ni de franche tuméfaction. Le mollet droit était toujours discrètement augmenté de volume tandis que l'amyotrophie de la cuisse droite était moins marquée. Les radiographies

montraient que la fracture était solide. Une hyperactivité en zone fracturaire sur la scintigraphie témoignait d'un remodelage osseux encore actif. S'il ne faisait guère de doute qu'il y avait une certaine discordance entre les plaintes et le handicap affiché et les constatations de l'examen radio-clinique, il lui paraissait quand même un peu abusif d'avoir reconnu une pleine capacité de travail à cet installateur en chauffage, à 9 mois de l'accident, alors qu'on sait que ces fractures de jambe mettent longtemps à guérir complètement. Par ailleurs, le patient faisait état de troubles persistants de la mémoire.

L'assuré a fait un deuxième séjour à la CRR du 16 mars au 20 mai 2005. Selon le rapport du 28 juin 2005 des Drs R. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, ainsi que [...], médecin-assistant, l'assuré a bénéficié d'un nouveau bilan neuropsychologique, superposable à celui observé lors de son dernier séjour, avec des performances s'étant révélées fluctuantes, et des capacités attentionnelles demeurant satisfaisantes. Toute psychopathologie ainsi que tout état de stress post-traumatique ont pu être exclus. S'agissant des douleurs à la jambe droite, il y avait une incohérence entre les constatations objectives, qui étaient pauvres, et les plaintes et limitations fonctionnelles sévères annoncées. Aucune proposition thérapeutique n'était envisageable, sachant que les investigations pratiquées avaient permis d'exclure une algodystrophie. Au regard des constatations objectives, aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue, seule la douleur annoncée constituant un facteur limitant la reprise de l'ancienne activité professionnelle. Des stages aux ateliers professionnels ont été effectués avec des résultats satisfaisants puisque l'assuré a pu rester actif 4 heures d'affilée, raison pour laquelle il a bénéficié d'un stage de trois jours consécutifs en tant qu'aide-chauffagiste. Il n'y a été obtenu qu'un rendement de 25 %. Une observation professionnelle a été réalisée, permettant un temps de travail de huit heures par jour. Au terme de cette phase, une capacité de travail dans une activité adaptée à 100 % a été reconnue, soit un travail alternant les positions assis-debout, sans port de charges et sans avoir à monter ou descendre les escaliers de manière itérative. La capacité de travail restait nulle en tant qu'aide-chauffagiste.

Dans son consilium psychiatrique du 18 avril 2005, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, nia la présence d'un véritable trouble psychopathologique tout en proposant la prise d'un antidépresseur; dans son rapport de sortie du 17 juin 2005, le Dr P.\_\_\_\_\_ recommanda la poursuite d'un traitement antidépresseur.

Selon le rapport médical final du Dr W.\_\_\_\_\_ du 10 août 2005, l'examen clinique était dominé par une forte autolimitation et des signes de non organicité alors que les constatations objectives allaient dans le sens d'une guérison pratiquement sans séquelles de la fracture métaphysaire proximale de la jambe droite. Quant aux troubles de la mémoire, dont le patient se plaignait avec insistance, ils semblaient ne pas se traduire par des altérations vraiment objectivables et constantes lors des tests neuropsychologiques, et seraient finalement dans les limites de la norme. Vu qu'un consilium psychiatrique n'avait pas retenu de troubles psychiques, un éventuel traitement psychothérapeutique ne serait sûrement pas à la charge de la Suva. S'il était possible que l'assuré ne puisse pas reprendre son activité d'installateur en chauffage, il ne faisait aucun doute qu'il pouvait travailler "en plein" dans une activité plus légère, sédentaire et autorisant des positions alternées. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a proposé l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, car la situation correspondait du point de vue fonctionnel à une gonarthrose droite toute débutante (table 5, détail N° 2870/5.-f- 2000).

Selon un rapport du 7 décembre 2005 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré était en traitement chez lui depuis le 9 mars 2005. Si ses observations et conclusions étaient superposables à celles de la CRR, le Dr H.\_\_\_\_\_ pensait que l'assuré présentait une réaction dépressive prolongée légère suite aux conséquences de son accident et que les plaintes et les troubles qu'il présentait étaient compatibles avec ce diagnostic. Si cette atteinte n'est pas due directement à l'accident, elle est une conséquence de l'adaptation à un changement existentiel important qui, lui, est lié directement à l'accident. L'assuré pouvait avoir suffisamment de

ressources pour pouvoir à nouveau fonctionner dans une activité professionnelle, mais il devait le faire par étapes.

**B.** Par décision du 29 juin 2007, la CNA a accordé à l'assuré une rente pour invalidité de 13 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

Le 5 juillet 2007, l'assuré a fait opposition contre la décision du 29 juin 2007, s'estimant "incapable de travailler à 87 %". Par lettre du 25 octobre 2007, le conseil de L.\_\_\_\_\_ a demandé la suspension informelle de la procédure d'opposition jusqu'à droit connu sur le recours contre la décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

Par décision du 17 mai 2010, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 29 juin 2007. Se référant aux conclusions des médecins de la CRR et du Dr W.\_\_\_\_\_, elle a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'il avait droit, après une comparaison entre son revenu sans invalidité et un revenu établi sur la base de descriptions de postes de travail, à une rente d'invalidité de 13%.

**C.** Par son mandataire, l'assuré a formé le 17 juin 2010 un recours devant le Tribunal cantonal contre la décision de la CNA du 17 mai 2010. Il conclut à l'annulation de cette décision et au renvoi à la CNA pour nouvelle décision au motif que la décision attaquée ne tient pas compte des séquelles psychiques de l'accident. Il requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire en invoquant que les éléments médicaux dont la CNA a tenu compte ne concernent que les éventuelles séquelles physiques et non les séquelles psychiques.

L'assuré a déposé un rapport du 14 juin 2010 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, retenant notamment les diagnostics de difficultés mnésiques, fléchissement exécutif et ralentissement, et de trouble dépressif. Ce médecin a signalé des douleurs

à la jambe droite, retenu que les troubles de la mémoire et de la concentration semblaient dus à l'accident du 28 janvier 2004 et que ces problèmes limitaient la capacité de travail, qui ne dépassait pas 10 à 20% dans un travail approprié.

Dans sa réponse du 27 juillet 2007, la CNA a conclu au rejet du recours et de la demande d'ordonnancement d'une expertise. Faute de lien de causalité adéquate avec l'accident, elle a retenu qu'elle n'avait pas à répondre des troubles psychiques affectant l'assuré.

A l'appui de sa réplique du 7 septembre 2010, dans laquelle il maintient ses conclusions, le recourant a joint un rapport médical daté du 28 juillet 2010 de la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de S.\_\_\_\_\_, psychologue. Selon ce rapport, le recourant souffre d'un épisode dépressif moyen accompagné d'un syndrome somatique ainsi que d'un trouble somatoforme persistant.

En date du 20 septembre 2010, la CNA a maintenu ses conclusions.

**D.** L'assuré avait déposé auprès de l'OAI une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 6 décembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré en raison d'un taux d'invalidité de 2.58 %. Le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le 19 juin 2008 le recours déposé contre cette décision de l'OAI, après avoir établi un taux d'invalidité de 7.07 %. Il ressort en particulier ce qui suit de cet arrêt:

“Le 13 avril 2006, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecine générale FMH, a établi un rapport faisant la synthèse des renseignements figurant au dossier. Ce praticien produit en particulier un écrit à lui adressé, le 27 janvier 2006, par le Prof. Z.\_\_\_\_\_, médecin-chef de la Division autonome de neuropsychologie du Département de médecine du CHUV, précisant que l'examen de l'assuré, qui a fait l'objet d'un rapport daté du 23 janvier 2006, a révélé des difficultés mnésiques modérées, un léger fléchissement exécutif et un ralentissement. En outre, l'investigation a indiqué que certaines performances étaient fluctuantes; cela a notamment été le cas dans un test de

mémoire à court terme dans lequel le résultat a oscillé entre "sévèrement déficitaire" et "dans les normes". En outre, les troubles attentionnels constatés sont de nature à compromettre la conduite automobile. Le Prof. Z. \_\_\_\_\_ ajoutait que, par rapport à la dernière évaluation effectuée à la Clinique [...], le 17 janvier 2005, il a été constaté la réapparition des difficultés mnésiques, la persistance du fléchissement exécutif et la réapparition d'un ralentissement.

Des constatations faites par le Dr F. \_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (SMR), en date du 3 octobre 2006, il résulte en bref ce qui suit:

- l'exigibilité médicale est de 100 % dans une activité adaptée;
- limitations fonctionnelles: alterner les positions assise et debout, éviter le port de charges, ainsi que la montée et la descente d'escaliers de manière itérative;
- une reprise de l'activité par étapes, comme suggérée par le Dr H. \_\_\_\_\_, n'est pas médicalement justifiée;
- référence est faite au rapport de la CRR, du 28 juin 2005, dont les conclusions sont que la capacité de travail de l'assuré est totale dans une activité adaptée."

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant et dans le respect des formalités prévues par loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

**3. a)** Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 402

consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 *in limine*; TF 8C\_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.3). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; 118 V 286 consid. 3a; TF 8C\_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.4).

**c)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré; les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance accident, RS 832.201]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents, art. 21 LAA; TF 8C\_269/2008 du 27 octobre 2008 consid. 2.2; TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.3).

**4. a)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**b)** Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**c)** Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGa), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II

464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et les références citées).

**5.** Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 28 janvier 2004 et les troubles psychiques dont le recourant affirme souffrir.

**a)** Selon le consilium psychiatrique du 30 juillet 2004 du Dr G.\_\_\_\_\_, l'assuré ne présentait pas de troubles psychogènes. Lors du 2<sup>e</sup> séjour à la CRR, le Dr P.\_\_\_\_\_ a lui aussi nié dans son consilium du 18 avril 2005 un véritable trouble psychopathologique, tout en proposant la prise d'un antidépresseur. Il n'a pas changé son appréciation dans son rapport de sortie du 17 juin 2005, même s'il recommandait la poursuite d'un traitement antidépresseur. En revanche, le Dr H.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué en décembre 2005 une réaction dépressive prolongée légère.

Postérieurement à la décision attaquée, le Dr N.\_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 14 juin 2010, retenu des difficultés mnésiques, un fléchissement exécutif, un ralentissement et un trouble dépressif. Pour sa part, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 28 juillet 2010, un épisode dépressif moyen accompagné d'un syndrome somatique ainsi qu'un trouble somatoforme persistant. En principe, une évolution postérieure à la décision attaquée n'est pas prise en considération. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 117 V 293 consid. 4). En l'espèce, le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ et celui de la Dresse M.\_\_\_\_\_ sont postérieurs à la décision attaquée d'environ un mois, respectivement trois mois, alors que le dernier rapport médical antérieur datait du 7 décembre 2005, soit quatre ans plus tôt. Il est ainsi vraisemblable que les diagnostics concernent une évolution antérieure à la

décision sur opposition qui est attaquée, ce d'autant plus que les diagnostics de syndrome somatique et de trouble somatoforme persistant se recourent bien avec les constatations antérieures des médecins quant à la discordance entre les plaintes et les constatations objectives.

**b)** La décision attaquée ne se prononce pas - pas davantage que l'opposition n'invitait la CNA à revenir sur cette question - sur l'existence de troubles psychiques. En revanche, la décision du 29 juin 2007 avait nié toute relation de causalité naturelle et adéquate d'éventuels troubles psychogènes avec l'accident du 28 janvier 2004. Le recourant demande la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire en invoquant que les éléments médicaux dont la CNA a tenu compte ne concernent que les éventuelles séquelles physiques et non les séquelles psychiques. Or, l'état psychique du recourant avait fait l'objet de plusieurs consultations psychiatriques des Drs G.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ avant la décision du 29 juin 2007. Le recourant se borne à soutenir que ces expertises ne rempliraient pas les conditions pour avoir pleine valeur probante, dès lors qu'elles seraient contredites par des rapports médicaux autorisés postérieurs au dernier conseil psychiatrique du Dr P.\_\_\_\_\_. Or, ces rapports médicaux, qui sont ceux du Dr H.\_\_\_\_\_ et de la Dresse M.\_\_\_\_\_, rendent suffisamment compte des troubles psychiques du recourant tels que constatés et évalués postérieurement au conseil psychiatrique du Dr P.\_\_\_\_\_ pour trancher la question du rapport de causalité nécessaire entre ces troubles et l'accident du 28 janvier 2004. Une expertise judiciaire n'est donc pas nécessaire.

**c)** La Dresse M.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques qu'elle diagnostique et l'accident du 28 janvier 2004. Selon le Dr H.\_\_\_\_\_, la réaction dépressive prolongée n'est pas due directement à l'accident mais est une conséquence de l'adaptation à un changement existentiel important qui, lui, est lié directement à l'accident.

**aa)** Le recourant a subi un traumatisme cranio-cérébral modéré d'après le diagnostic des médecins de la CRR. Selon la

jurisprudence en matière de lésions au rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc).

Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent être de manière crédible attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 ss consid. 2; 117 V 360 s. consid. 4b). Point n'est besoin que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C\_792/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 6.1 et les références citées; TF U 78/07 du 17 mars 2008 consid. 4.1).

**bb)** En l'espèce, aucun déficit fonctionnel organique n'a été établi en relation avec le traumatisme cranio-cérébral. Le seul symptôme apparu immédiatement après l'accident a été l'amnésie post-traumatique. Les autres troubles de la mémoire et ceux de la concentration ainsi que les vertiges n'ont été mentionnés qu'au mois de juin 2004. Aucune douleur au rachis cervical ou au cou n'a été mentionnée dans les rapports médicaux pour les suites immédiates de l'accident. Des vertiges sur cupulo-lithiase ont été diagnostiqués lors du premier séjour à la CRR et ont été traités par des manœuvres physiothérapeutiques qui permirent une évolution favorable. Lors de l'entretien avec le Dr W.\_\_\_\_\_ en mars 2005, le recourant ne se plaignait plus de vertiges et ceux-ci n'ont plus été relevés lors du deuxième séjour à la CRR. Les médecins ne se sont pas prononcés sur l'origine de cette atteinte, mais une cause post-traumatique n'est pas exclue.

Les évaluations médicales des troubles de la mémoire et de concentration ont été passablement variables. En juillet 2004, la psychologue X.\_\_\_\_\_ diagnostiquait une atteinte cognitive modérée à sévère, dont les signes mis en évidence étaient compatibles avec un traumatisme crânien cérébral mais dépassaient la symptomatologie du syndrome post-commotionnel; son rapport mettait toutefois en évidence la présence de discordances entre certains résultats aux tests (déficit sévère en mémoire immédiate mais performances normales en mémoire de travail), évoquant une fluctuation des performances. Lors du premier séjour à la CRR, le thérapeute en neuropsychologie avait observé une progression constante et régulière dans les exercices permettant d'atteindre à chaque séance un niveau de difficulté plus élevé; en fin de séjour, les capacités attentionnelles du recourant étaient normalisées et les performances étaient dans la norme supérieure; le rapport de sortie relève néanmoins des discordances et des autolimitations au plan neuropsychologique. Lors du deuxième séjour à la CRR, le suivi par l'unité de neuropsychologie a abouti à la conclusion que les performances cognitives du recourant étaient globalement stables, même si les performances s'étaient révélées fluctuantes lors de certains subtests, et qu'un suivi neuropsychologique ambulatoire n'était plus indispensable. Dans son rapport final du 10 août 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé que les troubles de la mémoire semblaient ne pas se traduire par des altérations vraiment objectivables et constantes lors des tests neuropsychologiques, et seraient finalement dans les limites de la norme. En revanche, en janvier 2006, le Prof. Z.\_\_\_\_\_ du CHUV a relevé que le recourant souffrait de difficultés mnésiques modérées, d'un léger fléchissement exécutif et d'un ralentissement. Le rapport médical de la Dresse M.\_\_\_\_\_ de juillet 2010 ne relève pas de tels troubles neuropsychologiques. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a pour sa part retenu que les troubles de la mémoire et de la concentration semblaient dus à l'accident du 28 janvier 2004.

Quant à la dépression, elle n'a été attestée par un médecin, en l'occurrence le Dr H.\_\_\_\_\_, qu'à partir de décembre 2005. Ce dernier a nié que cette atteinte ait une cause post-traumatique. Le lien qu'il établit

avec l'accident ("conséquence de l'adaptation à un changement existentiel important lié directement avec l'accident") est de caractère événementiel. Dans la mesure où ce lien ne se rapporte pas à une atteinte à la santé, il ne suffit pas pour établir un lien de causalité naturelle avec l'accident du 28 janvier 2004.

On peut néanmoins laisser ouverte la question de la causalité naturelle des troubles psychiques dont le recourant souffrait lors de la décision attaquée, car la condition de la causalité adéquate ne serait, comme cela sera exposé, de toute façon pas remplie.

**6.** La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2. p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références citées).

**a)** En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- 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 (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 140 s., 403 consid. 5c/aa p. 409).

**b)** En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, auxquels une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique.

**aa)** Avant de procéder à l'examen du lien de causalité adéquate, il convient d'examiner si les troubles psychiques en cause constituent de simples symptômes du traumatisme vécu ou si au contraire, ils expriment une atteinte à la santé (secondaire) indépendante. La délimitation entre ces deux cas de figure s'effectue notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets étrangers à l'accident et du déroulement temporel (TF U 106/03 du 25 janvier 2005 consid. 5.3 RAMA 2001 n° U 412 p. 79; voir aussi TFA U 313/01 du 7 août 2002).

**bb)** Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte

psychique (ATF 115 V 133 et 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement, ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n. U 465 p. 439 consid. 3b [U273/99]), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n. U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00]; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 sv.; TF 8C\_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2; TF 8C\_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

**cc)** Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique (cf. supra consid. 6a), mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 9; TF 8C\_357/2010 du 28 janvier 2011 consid. 4.1). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé);
- la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé);
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée);
- l'intensité des douleurs (formulation modifiée);
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé);

- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé);
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type "coup du lapin", il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 sv. consid. 3b; TF U 197/05 du 20 janvier 2007 consid. 4.2).

**7.** Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3; TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 3.1; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.2.2 et les références citées).

D'après l'autorité intimée, il s'agit d'un accident de gravité moyenne. Selon la jurisprudence, une collision entre véhicules avec une différence de vitesse de moins de 30 à 40 km/h est rattachée en règle générale aux accidents moyennement graves, à la limite des accidents de peu de gravité (TFA U 21/01 du 16 août 2001 consid. 3b). S'agissant de collisions d'un piéton avec un véhicule automobile, la jurisprudence les a souvent qualifiés de gravité moyenne à la limite des accidents graves (TF 8C\_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5.1.2); ce fut le cas en particulier d'une collision dans laquelle une piétonne a été projetée par une voiture et a subi notamment une commotion cérébrale et un traumatisme thoracique avec des fractures de côtes (TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.5). Elle a qualifié d'accidents de gravité moyenne: une collision

lors de laquelle la personne renversée par une voiture a subi plusieurs fractures du pied gauche, une luxation de la mâchoire et une fracture de la 26e dent (TFA U157/02 du 9 octobre 2003 consid. 5); une collision lors de laquelle la personne a frappé avec la tête contre la vitre et s'est retrouvée au sol inconsciente, ayant subi une commotion cérébrale, un hématome au front et diverses contusions (TF 8C\_990/2008 du 6 mars 2009 consid. 5.3.1).

En l'espèce, le recourant a, selon le rapport de la gendarmerie du 25 février 2004, heurté violemment de la tête le pare-brise du véhicule et a été projeté sur 11 mètres. La conductrice du véhicule a en effet rapporté que le piéton était passé sur son capot et avait heurté violemment le pare-brise côté conducteur sans qu'elle ne sache avec quelle partie du corps. Aucune lésion, même superficielle, de la tête ou du haut du corps n'a toutefois été constatée lors du séjour au CHUV. Seule la fracture métaphysaire du tibia-péroné proximal droit a été diagnostiquée lors de ce séjour.

Ultérieurement, soit six mois plus tard, un traumatisme cranio-cérébral, probablement modéré, a été diagnostiqué par la CRR. Le recourant avait affirmé dans sa déclaration d'accident du 25 mars 2004 avoir été inconscient suite à l'accident; devant le Dr C. \_\_\_\_\_, de la CRR, il a déclaré en août 2004 avoir perdu connaissance et s'être réveillé à l'hôpital 3 à 4 heures plus tard. Il n'avait toutefois pas fait mention de cette inconscience lors de sa déclaration devant la gendarmerie vaudoise (cf. rapport du 25 février 2004). Selon les rapports médicaux de la CRR, le recourant a en fait souffert d'une amnésie post-traumatique de quelques heures. La gravité des lésions physiques subies par le recourant est supérieure à celle du cas visé par l'arrêt 8C\_990/2008 susmentionné, mais, s'agissant uniquement d'une fracture du tibia-péroné, moindre qu'un traumatisme thoracique avec fracture des côtes et commotion cérébrale dans le cas visé par l'arrêt U 214/04 susmentionné.

La jurisprudence citée par l'autorité intimée à l'encontre d'une qualification comme accident de gravité moyenne à la limite des accidents

graves n'est pas applicable au cas d'espèce. Dans l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_524/2007 du 10 juin 2008, l'accident n'impliquait pas un choc violent, car dans cette affaire l'assuré avait été heurté par un véhicule quittant sa place de parc avant d'être traîné sur environ 15 mètres puis écrasé; de plus les lésions (un "unhappy triad Knie", des contusions au tronc et aux extrémités de même qu'une réaction anxieuse avec flashback) sont moins graves que la fracture du recourant. Quant à l'arrêt U 228/06 du 4 mai 2007, s'il nie la qualification d'accident grave, il ne se prononce pas, au sein de la catégorie des accidents de gravité moyenne, sur la qualification entre ceux qui sont à la limite des accidents graves et ceux qui sont seulement de gravité moyenne.

En raison de la limitation des lésions au seul membre inférieur droit, il convient, en dépit de la vitesse de la voiture, de qualifier l'accident comme étant de gravité moyenne sans être à la limite des accidents graves ni à celle des accidents de peu de gravité.

**8.** Si l'on considérait que les troubles psychiques du recourant ne sont pas consécutifs au traumatisme cranio-cérébral qu'il a subi, il faudrait examiner les critères de la causalité adéquate applicables aux atteintes psychiques en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques et en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409).

**a)** La fracture subie par le recourant n'est pas une atteinte d'une gravité particulière, ni d'une nature particulière, qui serait propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

**b)** Le traitement médical des lésions physiques n'a pas été anormalement long, puisque le 8 décembre 2004, soit après moins d'une année, le matériel d'ostéosynthèse a été retiré de manière anticipée.

**c)** Le recourant s'est plaint de manière récurrente de douleurs à la jambe. Si celles-ci pouvaient éventuellement avoir un substrat organique objectivable jusqu'au retrait du matériel d'ostéosynthèse qui se

trouvait en grande partie dans la musculature, ce n'était plus le cas après, de sorte que la continuation des douleurs ne pouvait plus être rattachée à la fracture. Le critère des douleurs physiques persistantes n'est ainsi pas rempli.

**d)** Il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. Dans la mesure où le retrait du matériel d'ostéosynthèse n'a pas eu d'effet notable sur les douleurs du recourant, son emplacement en grande partie dans la musculature n'a pas provoqué une aggravation notable des séquelles.

**e)** Il n'y a pas eu de difficultés apparues au cours de la guérison de la fracture ni de complications importantes.

**f)** Le recourant s'est vu reconnaître une pleine capacité de travail dans sa profession dès le 4 octobre 2004 par la Dresse J. \_\_\_\_\_ et le Dr Q. \_\_\_\_\_. Cette évaluation a été relativisée par le Dr W. \_\_\_\_\_ qui a déclaré dans son rapport du 4 mars 2005 qu'il était "un peu abusif d'avoir reconnu une pleine capacité de travail à cet installateur en chauffage, à 9 mois de l'accident, alors qu'on sait que ces fractures de jambe mettent longtemps à guérir complètement". La capacité de travail du recourant dans sa profession d'aide-chauffagiste a été appréciée diversement par les médecins à l'issue du 2<sup>e</sup> séjour à la CRR. Selon le rapport des Drs R. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_ et [...] de la CRR, le recourant a été reconnu avoir une pleine incapacité de travail dans sa profession d'aide-chauffagiste.

En revanche, le Dr W. \_\_\_\_\_ a estimé dans son rapport du 10 août 2005 qu'une telle incapacité de travail dans la profession d'aide-chauffagiste était hypothétique, car les constatations objectives allaient dans le sens d'une guérison pratiquement sans séquelles de la fracture métaphysaire proximale de la jambe droite. Quoi qu'il en soit, il y avait unanimité entre les médecins de la CRR et le Dr W. \_\_\_\_\_ pour retenir que le recourant avait une pleine capacité de travail dans une activité

adaptée, c'est-à-dire, selon la CRR, un travail alternant les positions assis-debout, sans port de charges et sans avoir à monter ou descendre les escaliers de manière itérative ou, selon le Dr W.\_\_\_\_\_, une activité plus légère, sédentaire et autorisant des positions alternées. Il en découle qu'en tout cas à partir du deuxième séjour à la CRR une éventuelle incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations physiques n'était plus due aux lésions physiques. Comme constaté par les médecins de la CRR et par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 août 2005, il y avait une forte autolimitation du recourant. Cette discordance entre les constatations objectives et le handicap présenté par le recourant avait déjà été constatée par le Dr W.\_\_\_\_\_ en mars 2005. Il en découle que l'incapacité de travail n'était déjà, à ce moment, plus due principalement aux lésions physiques. La durée de cette incapacité de travail ne suffit ainsi pas pour remplir le critère requis.

**g)** Reste le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'accident ou des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. En l'espèce, l'accident n'a pas été marqué par des circonstances concomitantes dramatiques. Quant au caractère particulièrement impressionnant, il doit être examiné objectivement et non sur la base du sentiment subjectif ou de la peur ressentie par l'assuré (RKUV 1999 n° U 335 p. 207 consid. 3b/cc; TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1; TF 8C\_57/2008 du 16 mai 2008 consid. 9.1). D'ailleurs, chaque accident de gravité moyenne recouvre un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour remplir le critère du caractère particulièrement impressionnant (TF 8C\_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.2 et les références citées). En l'espèce, le choc avec une voiture arrivant à 40 km/h entraînant projection sur 11 mètres peut être considéré comme ayant, pour un piéton, un caractère particulièrement impressionnant. Ce critère est donc rempli.

**h)** En conclusion, seul un critère est rempli, sans toutefois l'être de manière particulièrement intense. Or, pour un accident de gravité moyenne qui n'est ni à la limite des accidents graves ni à celle de ceux de peu de gravité, il faut soit que trois critères soient remplis, sans que ceux-

ci doivent l'être avec une intensité particulière, soit que l'un des critères soit rempli avec une intensité particulière (TF 8C\_996/2010 du 14 mars 2011 consid. 7.3; TF 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5).

**i)** Il découle de ce qui précède qu'au cas où les troubles psychiques du recourant seraient consécutifs au traumatisme crânio-cérébral qu'il a subi, ils ne seraient pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 28 janvier 2004.

**9.** Au cas où l'on admettrait que l'amnésie post-traumatique suffise pour appliquer la jurisprudence de l'ATF 134 V 109 malgré l'absence de douleurs au rachis cervical ou au cou pendant le délai de latence et que les troubles psychiques du recourant appartenant au tableau clinique typique des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral - la dépression et les éventuels troubles subsistant de la mémoire et de la concentration - ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique, il faudrait appliquer les critères susmentionnés au consid. 6b.cc sans distinguer entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques.

Seuls trois des critères envisagés par la jurisprudence entrent en ligne de compte en l'espèce. Les lésions subies par le recourant ne sont en effet pas d'une gravité ou d'une nature particulière. Le recourant n'a pas suivi un traitement médical spécifique et pénible. Aucune erreur dans le traitement médical n'a entraîné une aggravation notable et durable des séquelles de l'accident. Il n'y a pas eu de difficultés particulières au cours de la guérison ou de complications importantes.

Le recourant s'est plaint de manière récurrente de douleurs. Lors de l'examen chez le Dr W. \_\_\_\_\_ le 4 mars 2005, il déclarait que les douleurs à la jambe droite étaient permanentes, notamment nocturnes et le réveillaient. Lors de l'examen final par le Dr W. \_\_\_\_\_ le 10 août 2005, le recourant déclarait avoir toujours autant de douleurs dans la jambe droite, aussi bien au repos qu'à la marche. Or, les médecins ont constaté des discordances et autolimitations évidentes en tout cas lors du premier

séjour à la CRR: selon le rapport de la CRR de septembre 2004, la marche sans canne en dehors des thérapies s'effectue sans aucune boiterie, alors qu'elle s'accroît en situation de test; de même la montée et descente d'une marche d'environ 20 cm se fait de façon aisée alors que de grosses difficultés sont observées lors de la montée et descente dans les escaliers. Les douleurs affirmées par le recourant à cette époque n'apparaissent en tout cas pas à cette époque comme ayant de manière crédible une intensité élevée. Pour que le critère soit rempli, il faut cependant que les douleurs aient été, de manière crédible, intenses sans interruption importante entre l'accident et la conclusion du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 p. 128). Le critère n'est donc pas rempli.

Quant au critère de l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré, il n'est pas non plus rempli. Même si on tient compte de la dépression diagnostiquée en décembre 2005 par le Dr H.\_\_\_\_\_, elle n'était pas à l'époque d'une intensité suffisante pour justifier durablement l'incapacité totale de travail eu égard à la qualification de réaction dépressive prolongée légère. Le Dr H.\_\_\_\_\_ envisageait en effet uniquement une reprise du travail par étapes. Or, déjà à cette période, le recourant n'a pas fait preuve d'efforts reconnaissables en vue de reprendre une activité professionnelle adaptée.

Reste donc uniquement le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'accident (cf. supra consid. 8g). Cela ne suffit pas pour admettre le rapport de causalité adéquate (cf. supra consid. 8h).

**10.** Il découle de ce qui précède que même si l'on admettait que les troubles psychiques diagnostiqués en dernier lieu par la Dresse M.\_\_\_\_\_ étaient dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 28 janvier 2004, la condition du rapport de causalité adéquate ne serait pas remplie. C'est donc à juste titre que l'autorité intimée a refusé de prendre en charge les suites des troubles psychiques.

Le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA.

**11. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**b)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Raphaël Tatti, à compter du 7 juin 2010 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a lieu de fixer la rémunération de cet avocat d'office, en fonction de la liste des opérations qu'il a produites. Les heures de travail (10h45), rémunérées au tarif horaire de 180 fr., représentent 1'935 fr., plus la TVA par 148 fr. 50. A cela s'ajoute un montant forfaitaire de 100 fr., plus 8 fr. de TVA, pour les débours. L'indemnité se monte donc au total à 2'191 fr. 50.

**c)** Les frais judiciaires sont arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement, comme vu plus haut, à la charge du canton.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 17 mai 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Raphaël Tatti, conseil du recourant, est arrêtée à 2'191 fr. 50 (deux mille cent nonante-et-un francs et cinquante centimes).
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Raphaël Tatti, avocat à Lausanne (pour L. \_\_\_\_\_)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

Le greffier :