

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 septembre 2020

Composition : M. NEU, président
Mme Silva et M. Bonard, assesseurs
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant, représenté par Me Florence Bourqui,
d'Inclusion Handicap,

et

P._____, à Lucerne, intimée.

Art. 18, 19 et 24 LAA

E n f a i t :

A. C._____, né en 1973, d'origine portugaise, sans formation professionnelle certifiée (ci-après : l'assuré ou le recourant), est venu s'installer en Suisse en 2001. Au bénéfice d'un permis B, marié et père de deux enfants, il est reparti vivre au Portugal en 2016, pour des raisons financières.

Le 28 octobre 2004, l'assuré a été victime d'un accident du travail (chute avec réception sur la hanche droite). Son médecin traitant de l'époque a diagnostiqué une contusion de la hanche. Après un arrêt de travail de trois jours et l'administration d'un traitement conservateur et d'anti-inflammatoires, l'assuré a repris son travail d'ouvrier viticole. Toutefois, en présence de douleurs résiduelles persistantes, des investigations ultérieures ont mis en évidence une fracture sous-chondrale de la tête fémorale en zone de charge, des formations kystiques et un aspect compatible avec une nécrose en région cervico-céphalique. Une arthroplastie de la hanche droite a été effectuée le 6 juin 2006 avec implant prothétique de type resurfaçage (prothèse de Mc Minn) par le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Dès le 1^{er} juin 2009, l'assuré a travaillé pour la société [...] Srl en qualité d'aide-menuisier à 100 %.

Le 2 mai 2012, alors qu'il se trouvait sous son véhicule pour le réparer, l'assuré a été écrasé par celui-ci suite au lâchage du cric. L'examen clinique effectué aux urgences a mis en évidence de multiples fractures du bassin, des côtes ainsi qu'une fracture de la clavicule gauche, laquelle a nécessité la pose d'une broche le 11 mai 2012 par les soins du Dr V._____, chef de clinique du Département de l'appareil locomoteur du [...] (ci-après : [...]). Les fractures des côtes et du bassin ont été traitées conservativement. L'assuré a séjourné à l'Unité de réhabilitation du [...] du 15 mai au 29 juin 2012, date de son retour à domicile, pour la réhabilitation d'un polytraumatisme par écrasement avec :

- Fracture du bassin de type compression latérale avec fractures des 4 branches hautes pour les ilio-pubiennes et fracture peu déplacée de l'aileron sacré droit type Denys I avec fracture de l'aile iliaque à ce niveau
- Fracture du tiers moyen de la clavicule gauche
- Fractures de côtes en série des arcs postérieurs I, II, IV-IX à droite et I-III, VIII à gauche
- Minime lame de pneumothorax antérieur bilatéral, avec contusion pulmonaire linguilaire et para-cardiaque droite
- Minime emphysème médiastinal sous carinaire, sans brèche trachéale
- Hémorragie conjonctivale bilatérale.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimé) a pris en charge les suites de l'accident à compter du 5 mai suivant.

Le 9 août 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en faisant valoir comme atteinte à la santé des fractures au niveau du bassin, de la clavicule et de diverses côtes.

L'assuré a repris son activité professionnelle à 50 % (les matins) à compter du 10 septembre 2012. Après discussion avec l'intéressé et son employeur, la CNA a considéré que sa capacité de travail pouvait être fixée, dès le 10 septembre 2012, à 25 %, retenant une diminution de rendement de 50 % sur un taux d'activité de 50 %.

Le matériel d'ostéosynthèse de la clavicule gauche a été retiré le 3 mai 2013.

Le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen clinique de l'assuré le 30 mai 2013. Relevant que l'évolution, favorable dans un

premier temps, avait fait place à un handicap global difficile à objectiver, le Dr N._____ a préconisé une évaluation stationnaire et multidisciplinaire auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), assortie d'un réentraînement à l'effort.

L'assuré a séjourné à la CRR du 10 au 30 juillet 2013. Dans leur rapport du 6 août 2013, les médecins examinateurs ont considéré, sur le plan somatique, que la situation n'était pas encore stabilisée au regard des aptitudes fonctionnelles limitées par la pseudarthrose induite par les fractures ischio-pubienne et péri-acétabulaire droites. Ils estimaient possible que les fractures du bassin aient décompensé le statut de la hanche droite. Sur le plan psychiatrique, les médecins de la CRR ont retenu un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), s'accompagnant de comportements d'évitement et d'autolimitation résistant aux mesures de réassurance offertes.

En septembre 2013, [...] Sàrl a mis fin au contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 novembre 2013 pour le motif que le département menuiserie avait été vendu à un tiers, lequel n'engageait pas de personnel.

L'assuré a été réexaminé par le Dr N._____ le 14 janvier 2014, lequel a relevé une péjoration de son état par rapport au mois de mai 2013. Même si une certaine amplification des plaintes ne faisait guère de doute, il n'était pas possible de faire l'impasse sur la non-consolidation partielle de l'hémi-bassin droit, qui devait dès lors faire l'objet d'une nouvelle évaluation orthopédique. Considérant la complexité de la situation, il estimait préférable que cette évaluation se fasse dans le cadre d'un nouveau séjour à la CRR, incluant un avis psychiatrique et une observation professionnelle.

L'assuré a séjourné à la CRR du 25 février au 25 mars 2014. Dans leur rapport du 8 avril 2014, les médecins ont considéré que la situation était stabilisée du point de vue médical. Le spécialiste en orthopédie a estimé que les douleurs résiduelles de l'hémi-bassin à droite

étaient avant tout en relation avec une tendinopathie du moyen fessier, que la pseudarthrose de la branche ischio-pubienne à droite pouvait être responsable des douleurs en position assise et que la prothèse de resurfaçage de type Mc Minn n'était pas en cause. Sur le plan psychiatrique, le trouble de l'adaptation n'a pas été retrouvé mais une passivité importante a été relevée. L'évolution a été jugée défavorable chez un patient se plaignant constamment de douleurs ubiquitaires, mal définies et variables selon les jours et les examinateurs. La compliance aux traitements a été considérée comme moyenne. Ont été retenues comme limitations fonctionnelles définitives la marche prolongée et sur terrains irréguliers, les montées et descentes d'escaliers ou d'escabeaux de manière répétitive, les positions accroupies prolongées ainsi que les positions statiques de plus de 30 minutes à 1 heure, les activités répétitives avec les membres supérieurs en porte-à-faux ainsi que le travail répétitif au niveau de l'horizontale ou au-dessus du niveau des épaules. Les médecins ont conclu que le pronostic dans une activité adaptée était favorable sous réserve des facteurs non médicaux qui pouvaient influencer défavorablement le retour au travail, revoyant l'assuré à une mesure d'évaluation des capacités professionnelles (ECP) au sein de la CRR.

Une IRM cervicale effectuée le 14 mai 2014 a montré une discopathie C6-C7 avec une protrusion discale associée à une uncarthrose modérée, responsable d'un rétrécissement des trous de conjugaison des deux côtés, plus marqué à droite, avec un possible conflit avec la racine C7 à droite.

Un nouvel examen a été effectué par le Dr N. _____ le 11 août 2014. Dans son rapport, celui-ci a relevé que le tableau clinique, jusqu'alors dominé par un comportement douloureux et une autolimitation, restait clairement marqué par une extension des troubles et un handicap croissant. Selon lui, la non-consolidation de la branche ischio-pubienne à droite ne suffisait pas à expliquer l'ensemble de la symptomatologie douloureuse de l'hémi-bassin. Par ailleurs, restait incompréhensible l'importance de la limitation fonctionnelle de l'épaule

gauche, qui s'aggravait à chaque examen clinique successif, alors que les examens complémentaires n'avaient jamais objectivé de lésion grave. Concernant l'atteinte à l'épaule droite, à savoir une tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs, laquelle dominait dorénavant le tableau clinique, le Dr N. _____ estimait qu'elle était sans relation avec l'accident dans la mesure où l'état de cette épaule était normal le 30 mai 2013, lorsqu'il avait vu l'assuré pour la première fois. Quant à une possible hernie discale, susceptible de comprimer la racine C7 droite, il considérait qu'il s'agissait d'une découverte fortuite s'inscrivant dans le cadre de lésions dégénératives relativement banales du rachis cervical, en présence d'un examen neurologique avec électroneuromyogramme (ENMG) normal durant le dernier séjour à la CRR, à l'issue duquel les limitations fonctionnelles avaient été précisées. Le Dr N. _____ a dès lors déduit de ses constatations que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que, sous réserve de la prescription d'antalgiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, assortie de consultations espacées, le traitement était terminé. Il proposait de fixer à 25 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision du 8 septembre 2014, la CNA a mis un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2014.

Par nouvelle décision du 8 janvier 2015, la CNA a considéré que les investigations sur les plans médical et économique avaient mis en évidence une diminution de sa capacité de gain et un degré d'invalidité de 20 %, allouant ainsi une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 20% dès le 1^{er} novembre 2014. Elle a par ailleurs fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 25 % et versé à ce titre un montant de 31'500 francs.

Par acte du 15 janvier 2015, complété le 23 février suivant, l'assuré, représenté par Fortuna Compagnie d'assurance de Protection Juridique SA, s'est opposé à la décision précitée. Faisant valoir une absence d'amélioration clinique et radiologique depuis le mois de septembre 2013, il estimait sa capacité de travail et de gain à 50% dans

une activité adaptée. Le taux d'invalidité devait, après comparaison des revenus, être fixé à 32%, et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité porté à 40% au moins.

Suite à cette opposition, la CNA a produit cinq nouveaux descriptifs de postes de travail (DPT), soit trois postes de collaborateur de production, un de réceptionniste et un de metteur en lames, afin de définir le revenu d'invalidé de l'intéressé.

Le 25 août 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 8 janvier 2015 en étayant chaque objet de celle-ci.

Par décision du 1^{er} septembre 2015, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2013 au 30 juin 2014. Cette décision a fait l'objet d'un recours de l'assuré devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (procédure AI 268/18).

B. a) Par acte de son mandataire du 25 septembre 2015, C._____ a déféré la décision sur opposition du 25 août 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'allocation d'une rente d'invalidité d'au minimum 50% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 45%. A l'appui de son recours, il a produit un rapport médical du Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, dont on extrait ce qui suit :

« Le grave traumatisme subit par Monsieur C._____ a, selon toute vraisemblance, provoqué, entre autre, une fracture périacétabulaire droite, en présence d'une prothèse de resurfaçage, auparavant bien intégrée et pratiquement asymptotique. Cela est confirmé par le résultat des images radiologiques, par la scintigraphie osseuse et par une symptomatologie de la région de la hanche droite soit en relation de causalité accidentelle directement avec la fracture périprothétique, et indirectement avec les fractures de l'immédiate périphérie, notamment de la branche ischio-pubienne, qui a évolué en pseudarthrose.

Ad 6) Stabilisation, au niveau de l'épaule gauche.

Je me réfère notamment aux examens du Dr N. _____ du 30.05.2013 et du 11.08.2014. Sur cette base, la situation clinique de l'épaule gauche peut être considérée comme stabilisée (consolidée), sans séquelles graves. Au contraire de la hanche droite.

Ad 7) Pronostic, notamment de la hanche droite.

Une révision chirurgicale, au niveau de la hanche droite, si retenue, doit être considérée avec la plus grande prudence. Malgré cela, étant convaincu de la situation fonctionnelle largement hypothéquée, à charge de l'accident, je me prononce pour un pronostic vers l'aggravation. Etant donné la très faible performance, que cette articulation prothétique peut actuellement offrir, l'aggravation pourrait être lente. A terme, une reprise par prothèse classique, paraît inévitable, quoique seulement partiellement résolutive.

Ad 8) Atteinte à l'intégrité.

Le taux global de 25% me semble insuffisant et inadéquat. Me référant à la table 5 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, selon la LAA (révision 2000), je peux facilement retenir un taux de 40%, justifié par une endoprothèse qui, en raison de l'accident, a perdu, dans un cadre douloureux, l'essentiel de sa fonction. A cela s'ajoute, en accord avec le Dr N. _____, un taux de 5%, en raison d'une épaule gauche fragile, par analogie avec une omarthrose gauche débutante (examen du 11.08.2014). Cette proposition d'IPAI devra être reconsidérée, en fonction de l'appréciation spécialisée, concernant d'éventuelles séquelles de type PTSS.

Il s'agit d'un dossier complexe, pour lequel une appréciation minutieuse, demanderait un temps indéfini. Les propos qui précèdent, me semblent apte à justifier une prise de position contradictoire, tout à fait valable. C'est dans ce sens que je les ai écrits, au plus près de ma conscience. »

b) Dans sa réponse du 28 décembre 2015, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'exigibilité retenue ne portait pas le flanc à la critique. Le revenu d'invalidé déterminé sur la base de celle-ci devait également être confirmé, les postes de travail sélectionnés étant compatibles avec les séquelles accidentelles. Quant au taux de 25% de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il avait été motivé à satisfaction. La CNA précisait encore que le cas de l'assuré avait fait l'objet d'un examen par sa Division médicale, en l'occurrence par le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, dont le rapport du 2 décembre 2015 fait état des points suivants :

« En réalité, toujours concernant l'exigibilité de M. C. _____, compte tenu des séquelles rappelées ci-dessus, on aurait parfaitement pu envisager une reprise de l'ancienne activité de menuisier. Qu'on ait ensuite émis certaines limitations complémentaires dans l'exigibilité pour tenir compte des importantes plaintes de l'assuré apparaît toutefois compréhensible, dans l'idée d'optimiser les chances de réintégration.

Concernant le taux d'IpAI, je ne saurais pas non plus suivre l'avis de mon confrère, premièrement car le descellement prothétique postulé n'est pas une réalité, ensuite parce qu'il est proposé une IpAI pour un status préexistant sans considérer de déduction et, finalement, parce que le taux proposé est celui correspondant au taux octroyé pour une amputation transgéniculaire, situation objectivement non comparable à celle de M. C. _____.

Le médecin d'arrondissement a octroyé pour les troubles au bassin un taux de 20%, ceci alors qu'il ne subsiste qu'une pseudarthrose avec répercussion fonctionnelle limitée et que, par exemple, une atteinte de l'articulation sacro-iliaque (table Suva 7.2) donne droit à un taux de 5 à 20% maximum (pour douleurs constantes, même au repos). Le taux n'apparaît ainsi certainement pas restrictif et il prend également en considération les plaintes douloureuses de l'assuré, dont l'origine organique n'est pourtant que partiellement établie.

Compte tenu des remarques faites ci-dessus relativement à l'épaule de M. C. _____ dans les suites de l'accident assuré Suva, le taux octroyé n'est pas non plus critiquable et on aurait même pu envisager l'absence d'indemnité sur la base des éléments strictement objectifs.

Le taux global retenu par le Dr N. _____ m'apparaît bien rendre compte de la multiplicité des lésions initiales - même si celles-ci ont pour la plupart guéri - et des plaintes de nature plus fonctionnelle. Ce taux n'est ainsi certainement pas sous-évalué.

Conclusions

Le rapport du Dr B. _____ du 21 septembre 2015 n'apporte pas d'éléments susceptibles de remettre en question les conclusions du service médical de la Suva, mais également celles des autres intervenants médicaux ayant pris en charge l'assuré.

En particulier, les diagnostics de descellement de cupule prothétique en status après fracture du cotyle ne peuvent être retenus sur base des éléments objectifs à disposition, respectivement doivent être exclus sur la base de ceux-ci.

En considérations des séquelles accidentelles objectives, l'assuré est apte à effectuer sans restrictions horaires ou de rendement une activité dans les limites de l'exigibilité définie.

Le taux d'IpAI défini de 25% est adaptée à la situation séquellaire de l'assuré en conséquence de l'accident assuré Suva du 2 mai 2012. »

c) Dans sa réplique du 15 février 2016, l'assuré a confirmé ses conclusions en produisant un rapport médical établi le 13 janvier 2016 par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, retenant une capacité de travail résiduelle était de 50% dans une activité adaptée. Un deuxième rapport médical du Dr B._____ du 1^{er} février 2016 a également été produit, qualifiant l'appréciation du Dr H._____ de peu ouverte et objective au vu des séquelles post-traumatiques observées dans un contexte de gravité certaine. L'assuré relevait ainsi la présence d'avis médicaux contradictoires, nécessitant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique de nature à confirmer ou infirmer la gravité des séquelles à la hanche et à l'épaule gauche ainsi que l'influence de celles-ci sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

d) Par duplique du 19 mai 2016, la CNA a conclu au rejet du recours et confirmé les conclusions prises dans ses précédentes écritures, observant que la situation médicale telle que clarifiée n'appelait aucun complément d'expertise.

C. a) Dans le cadre de l'instruction du recours dirigé contre la décision de l'OAI du 1^{er} septembre 2015, le juge instructeur a confié à l'Unité d'expertises médicales (ci-après : UEM) du CHUV le mandat d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, psychiatrique et de médecine interne), effectuée par la Dresse R._____, spécialiste en médecine interne, le Dr G._____, spécialiste en orthopédie, et le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie.

b) Le rapport d'expertise judiciaire a été produit le 13 décembre 2016. Sur le plan somatique, les experts ont posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail suivants :

- Douleurs de la hanche droite d'origine multifactorielle (M24.85)
- Status après accident par écrasement survenu le 02.05.2012 avec fracture du bassin de type compression

- latérale avec fracture des quatre branches, haute pour les ilio-pubiennes, fracture peu déplacée de l'aileron sacré droit type Denys 1, fracture de l'aile iliaque à ce niveau
- Status après PTH droite de type resurfaçage McMinn en 2006
 - Signe de déstabilisation de l'implant cotyloïdien droit (possible fracture cotyloïdienne en mai 2012 et ostéopénie réactionnelle au couple de frottement métal/métal de la prothèse)
 - Douleurs de l'épaule gauche sur arthropathie acromioclaviculaire et conflit sous-acromial, tendinopathie du sus-épineux (M24.81/M75.1)
 - Douleurs de l'épaule droite sur tendinopathie calcifiante du sus-épineux.

En ce qui concerne la capacité de travail résiduelle de l'assuré sur le plan somatique, les experts estimaient qu'à compter de l'expertise elle était nulle dans l'ancienne activité de menuisier, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Ils précisait qu'outre la consolidation de la fracture ischio-pubienne droite observée entre la fin du séjour de l'assuré à la CRR et leur expertise, il n'y avait eu aucune modification significative en terme d'amélioration, ni anamnestiquement d'évidence d'aggravation claire du tableau clinique entre celui tel qu'il était décrit lors du séjour à la CRR et leur appréciation. Ils estimaient rétrospectivement qu'il n'y avait ainsi pas lieu de s'écarter des limitations fonctionnelles retenues lors du séjour à la CRR, ni des conclusions quant à une capacité de travail théorique complète dans une activité adaptée respectant celles-ci. La baisse de rendement de 20 % telle que retenue par la CNA dans sa décision tenait compte du nombre et de l'importance des limitations fonctionnelles, en particulier du syndrome douloureux à la hanche droite, et s'avérait dès lors fondée.

Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu un syndrome douloureux après accident ainsi qu'une probable majoration des symptômes pour raisons psychologiques (F68.0), sans incidence sur la

capacité de travail de l'assuré. Ils précisait que les incohérences relevées ne mettaient pas en doute l'authenticité des plaintes douloureuses de l'intéressé, la majoration des symptômes intervenant dans le contexte d'une personnalité fruste avec de faibles capacités d'introspection et exprimant sa souffrance de manière démonstrative, singulièrement en présence de facteurs de stress extra-médicaux (perte d'emploi, problèmes financiers, retour au pays). Les experts précisait ne pas disposer d'éléments permettant de retenir diagnostic de syndrome de stress post-traumatique évoqué par un orthopédiste, ni celui de trouble dépressif, faute de symptôme significatif (tristesse importante, idées suicidaires, de dévalorisation ou de culpabilité, état anxieux). Ils relevait que le découragement et les troubles du sommeil étaient anamnestiquement secondaires aux douleurs et qu'il n'y avait pas eu de suivi psychiatrique ou de traitement psychotrope, ni d'hospitalisation en milieu spécialisé. Cela étant, aucune limitation de la capacité de travail ne pouvait être retenue sur le plan psychiatrique.

c) Les parties se sont déterminées sur l'expertise respectivement en date du 18 janvier 2017 et du 24 octobre 2017, requérant un complément d'expertise de la part du Dr G. _____ sur le plan orthopédique. A cette occasion, la CNA a produit une appréciation orthopédique du cas établie le 26 septembre 2017 par le Dr H. _____, dont on extrait ce qui suit :

« Si ensuite la division des diagnostics en fonction de leur impact sur la capacité de travail est une pratique courante et qui répond à une certaine logique pragmatique dans le cadre asséculogique, la prise en compte de diagnostics putatifs ou de diagnostics sans rapport avec l'accident, respectivement de diagnostics d'origine malade (tendinite calcaire de l'épaule droite et tendinopathie avec arthropathie AC à l'épaule gauche) parmi les diagnostics ayant une influence sur l'exigibilité au travail dans un cadre d'expertise LAA pose selon moi certaines difficultés d'interprétation finale. On se souviendra à ce propos que l'exigibilité en rapport avec les séquelles accidentelles à l'épaule gauche (status après fracture de la clavicule gauche traitée par ostéosynthèse puis ablation de matériel d'ostéosynthèse) avait été définie de manière peu restrictive par le Dr N. _____, lequel avait admis la possibilité que cette épaule gauche fût un peu plus « fragile » nonobstant la consolidation fracturaire. Il avait ainsi repris intégralement les limitations fonctionnelles définies à la CRR, lesquelles avaient au demeurant été établies sans distinction de diagnostics accidentels ou malades.

J'avoue également être resté relativement perplexe en prenant connaissance des réponses aux questions 7 et 12, puisqu'après avoir écrit à plusieurs reprises que C._____ jouissait d'une pleine capacité de travail dans les limites de l'exigibilité définie, les experts précisent en réponse à ces deux questions qu'il existe une baisse de rendement de 20%, en accord avec ce qui a été retenu par la Suva (sic). Or, ni les médecins de la CRR (exigibilité globale), ni le Dr N._____ (exigibilité en rapport avec les seules séquelles accidentelles) n'ont considéré une quelconque perte de rendement et ces 20% correspondant évidemment à la perte de gain calculée administrativement, ou si l'on préfère au taux de rente accident, ce que les experts ont au demeurant indiqué sans ambiguïté ailleurs dans l'expertise (pp. 8 et 31). Une telle confusion est certes excusable mais elle apparaît à vrai dire décevante, s'agissant d'une expertise émanant d'une unité dédiée à la pratique de l'expertise au sein d'un établissement universitaire.

[...]

En conclusion et nonobstant les remarques sus-émises, l'expertise effectuée permet de confirmer que l'état de santé de M. C._____ est stabilisé, respectivement qu'il ne s'est pas modifié de manière notable depuis le dernier examen médical effectuée par le Dr N._____ (hormis la consolidation de la fracture de branche du bassin), que cet état de santé est compatible avec une activité à temps plein dans les limites de l'exigibilité retenue par la Suva et qu'il existe un discrédance évidente entre la situation objective et les plaintes référées ou la fonctionnalité démontrée par l'assuré.

Je signalerai *in fine* qu'aucune question n'a été posée aux médecins experts concernant le taux d'atteinte à l'intégrité, alors même qu'il s'agit clairement d'un des éléments récursoires. »

d) Le 20 décembre 2017, le juge instructeur a chargé l' [...] ([...]) d'établir un complément d'expertise sur le plan orthopédique.

e) Par arrêt du 4 juillet 2018 (AI 268/15 - 199/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 1^{er} septembre 2015.

f) Dans son complément d'expertise du 4 avril 2019, le Dr G._____ a confirmé les conclusions prises à l'occasion de son consilium orthopédique du 23 novembre 2016. Il a répondu aux questions des parties quant aux divergences entre son appréciation médicale du cas et celle des médecins consultés précédemment, résumant sa position comme suit :

« En résumé, si je n'ai pas d'élément objectif pour une déstabilisation majeure de l'implant, il y a eu, en tout cas temporairement et de façon certaine, une déstabilisation mineure dans le sens où il y a eu une rupture localisée de l'incorporation de la cupule qui a partiellement guéri. La stabilité de la position de l'implant dans le temps permet de certifier que l'ancrage résiduel a été suffisant.

Si toutes les fractures ont guéries, il ne faut pas sous-estimer, que les lésions du bassin par écrasement à haute énergie entraînant de multiples fractures, entraînent également des lésions de toutes les parties molles avoisinantes et en particulier des nombreux ligaments stabilisants le sacrum, les ailes iliaques et la charnière lombo-sacrée. Même s'il n'y a pas clairement de disjonction de l'articulation sacro-iliaque droite et de lésions ligamentaires au niveau du cadre obturateur. Ces lésions ligamentaires associées aux écrasements des parties molles, sont susceptibles de générer des douleurs résiduelles, particulièrement des douleurs mécaniques.

En conclusion, même si les fractures ont consolidés, une gêne fonctionnelle résiduelle peut être observée et contre-indiquer, les efforts systématiques et répétés qui sollicitent le bassin et la charnière lombo-sacrée. »

Concernant la capacité de travail de l'assuré, le Dr G._____ a confirmé qu'elle était pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité impliquant une position assise ou semi-assise avec déplacements occasionnels et ports de charges occasionnels de cinq kilos au maximum. Il a précisé que, contrairement aux conclusions de l'expertise, il n'avait personnellement pas retenu de baisse de rendement de 20% en lien avec ces limitations fonctionnelles. Concernant l'atteinte à l'intégrité, il l'estimait à 10% pour la hanche droite, à 0% pour l'épaule gauche.

g) Dans ses déterminations du 23 avril 2019, la CNA a conclu à la confirmation de la décision querellée, respectivement au rejet du recours de l'assuré. Ayant soumis le complément d'expertise précité à l'appréciation de son service médical, en l'occurrence à la Dre Q._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, cette dernière en a confirmé la teneur et les conclusions. En effet, l'avis de l'expert ne différait en rien de l'avis des médecins consultés par la CNA, à l'exception de l'estimation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour laquelle ces mêmes médecins avaient pris en compte la prothèse de hanche,

respectivement l'arthrose de la hanche droite, alors que cette dernière n'avait aucun lien de causalité avec l'accident de 2012. La CNA estimait dès lors que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

h) L'assuré a fait valoir d'ultimes observations par acte du 17 mai 2019, faisant en substance valoir que le dernier avis du Dr G. _____ manquait de logique et surtout de pertinence clinique, et devait ainsi être écarté.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi qu'à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

3. **a)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la

continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2). Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de

péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

4. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

b) Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un

rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. a) Sur le plan médical, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été mise en œuvre par l'Unité d'expertises médicales du [...] dans le cadre du contentieux de l'assurance-invalidité. Le rapport et les conclusions rendus le 13 décembre 2016 ont été tenus pour pleinement probants par arrêt rendu le 4 juillet 2018 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Cet arrêt est entré en force.

b) A la valeur probante de cette expertise, s'ajoute, dans le cadre de la procédure engagée en assurance-accidents, celle du complément établi le 4 avril 2019 par le Dr G._____. Ce complément traite de la seule problématique orthopédique, singulièrement des questions liées aux troubles récurrents de la hanche droite et de sa prothèse. Le Dr G._____ a confirmé ses conclusions prises dans son consilium orthopédique du 23 octobre 2016, intégré dans l'expertise du 13 décembre 2016, motivant une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement. Concernant l'indemnisation pour atteinte à l'intégrité, ce médecin arrêtait un degré de 10% concernant le bassin et la hanche droite. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions prises par le Dr G._____. Son rapport du 4 avril 2019 est complet, fondé sur un récapitulatif particulièrement fouillé des dossiers instruits par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par la CNA, comme sur l'intégralité du dossier radiologique. Les considérations sont clairement

posées, les différents avis discutés et les conclusions parfaitement convaincantes. On observe également que cet avis a été confirmé par le Service médical de l'intimée (appréciation chirurgicale du 23 avril 2019 établie par la Dre Q._____) et s'inscrit dans la continuité des observations formulées tant par les médecins de la Clinique romande de réadaptation que par le Dr H._____, médecin d'arrondissement de l'intimée.

c) Quant aux objections formulées par le recourant à l'encontre du Dr G._____, elles s'avèrent infondées. Elles se bornent à opposer un autre avis, soit la présence d'un syndrome douloureux impactant sa capacité de travail, problématique qui relève du volet psychiatrique et non pas orthopédique. Le recourant a au demeurant fait l'économie de l'examen des critères spéciaux qui prévalent en assurance-accidents s'agissant de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées). Il n'apporte ainsi aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions de l'expertise du 13 décembre 2016, à teneur de laquelle le diagnostic d'une majoration des symptômes pour raisons psychologiques a été tenu pour sans influence essentielle sur la capacité de travail, ni les conclusions du Dr G._____ dans son complément d'expertise du 4 avril 2019.

d) En définitive, le Dr G._____, qui confirme les conclusions du consilium médical de 2016, peut ainsi être suivi sur le plan orthopédique. Son évaluation de la capacité de travail résiduelle rejoint celle de la décision attaquée, appréciation différant uniquement concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Toutefois, dès lors qu'en pleine connaissance de cause, au terme de l'instruction et sur un plan global, l'intimée se borne à confirmer ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de sa décision, on retiendra qu'elle a estimé, dans ce cas somme toute complexe, que l'appréciation chiffrée du Dr G._____ relève d'un autre avis que ceux des Drs N._____ et

H._____, de sorte que les conclusions présentées par l'intimée quant à la confirmation de sa décision seront confirmées sans plus ample examen.

7. a) Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (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 25 août 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais ni 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 Bourqui, pour le recourant,
- la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- l'Office fédérale de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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 :