

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 janvier 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

MM. Bidiville et Riesen, juges

Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

X. _____, à [...] (Kosovo), recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

**Art. 7, 8, 16 LPGA ; 18, 25 al. 1 LAA ; 11, 24 al. 1, 36 al. 1, 4
OLAA ; 87 RAI**

E n f a i t :

A. **a)** X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant du Kosovo, travaillait en qualité d'aide-ferblantier depuis 1986 lorsqu'il a été victime d'un accident professionnel le 13 août 1986, chutant d'un échafaudage. Il a subi une fracture du 1/3 proximal du fémur et une fracture comminutive de l'extrémité distale du radius gauche. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge les suites du cas. L'assuré est rentré vivre au Kosovo au mois de mai de l'année suivante et n'a plus donné aucun signe de vie à la CNA, malgré les nombreuses tentatives de celle-ci d'obtenir des renseignements sur l'évolution de son état de santé.

b) Dans le courant du printemps 2000, l'assuré a sollicité des prestations de la CNA.

Après avoir examiné l'assuré, le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr H. _____, a, le 16 février 2001, constaté qu'objectivement, s'agissant de la hanche gauche, la fracture du fémur était tout à fait solide. Il n'y avait pas de coxarthrose. La mobilité, la force et la musculature étaient parfaitement récupérées. Pour ce qui était du poignet gauche, la mobilité était normale. Il était tout à fait souple et parfaitement indolore à la mobilisation. Les radiographies révélaient une arthrose radioscapoïdienne débutante et une pseudarthrose de la styloïdienne cubitale. Par rapport à la situation qui prévalait en 1987, l'évolution était donc très favorable. Les séquelles de l'accident du 13 août 1986 étaient minimes. D'un point de vue thérapeutique, on pouvait discuter de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse à la hanche gauche. La capacité de travail était entière et l'atteinte à l'intégrité estimée à 5 %.

Retenant une capacité de travail totale, la CNA a rendu une décision le 20 février 2001, niant d'une part le droit de l'assuré à une rente d'invalidé, octroyant d'autre part une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Cette décision a été confirmée par décision sur

opposition du 12 février 2002, puis par décision du Tribunal des assurances du 24 mai 2004, qui est entrée en force (TASS AA 35/02 - 41/2004).

c) Par l'intermédiaire de son beau-frère, l'assuré a demandé à la CNA un nouvel examen, en raison d'une situation médicale « catastrophique » (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du beau-frère de l'assuré à la CNA du 29 janvier 2014).

L'assuré a transmis à la CNA deux rapports médicaux établis au Kosovo, accompagnés de leur traduction. Il ressort du premier, du 31 janvier 2014 du Dr D._____, orthopédiste traumatologue, que l'assuré avait subi une intervention chirurgicale à la suite de l'accident, consistant en la fixation d'une plaque métallique. Durant la visite de ce jour, le médecin constatait une bonne mobilité de la hanche avec une réduction de la puissance musculaire. L'assuré boitait un peu. Le médecin constatait une légère déformation et une perte de la force musculaire de haut degré au niveau de l'articulation R/C gauche. Les lésions étaient définitives. Le patient était inapte à accomplir des travaux demandant de longues marches et de rester debout. Il ne pouvait pas accomplir des travaux physiques avec la main gauche. La physiothérapie « continue » était nécessaire. La teneur du second rapport, du 5 février 2014 du Dr W._____, neuropsychiatre, est, après traduction, la suivante :

« Mr X._____, se présente pour des traitements médicaux à cause des maux qu'il sent sur la partie supérieure du fémur gauche, réduction de la force musculaire et marche à pied en boitant légèrement à gauche, en même temps engorgement [sic] de la main avec la perméation [sic] du second doigt, du troisième et la moitié du quatrième doigt poursuivi de la perte musculaire du haut degré.

Tout cela a eu lieu après un accident au travail à Lausanne, Suisse en 1986, après être tombé du toit de la maison sur le planché [sic] en béton.

La préoccupation constante de la maladie, des maux et des mouvements limités antalgiques créent chez le client sans cesse un humour dépressif [sic], raison pour laquelle ces derniers temps il se sent plus excité, plus nerveux, mal de tête poursuivi de troubles de sommeil. Il a des sentiments d'infermité [sic] avec l'obsession de la maladie et perte de la volonté pour le travail quotidien dont on

ressent une réduction des dynamismes de volupté vitale du client en général [sic].

Le dg : Sy depressivum pp. post PTSD
St. post laesio n. medianus lat. sin.
+ si Ortopedi

TH:	tab Saroten R 50 mg	0, 0, 1
	Caps Parafon	2 x 1
	Drg. Neurobex	2 x 1

Se présenter à nouveau chez l'orthopède et physiatre, quant à chez nous après un mois [sic]. »

Par un préavis du 30 mai 2014, la CNA a observé que pour les seules suites de l'accident, aucune aggravation notable de son état de santé n'était constatée. Par conséquent, aucune prestation ne pouvait être allouée.

L'assuré a contesté le préavis par courrier du 23 juin 2014, observant en substance qu'il se trouvait en incapacité totale de travailler en raison de l'accident, des douleurs et de la boiterie qu'il avait entraîné, ainsi que de la présence de la plaque de métal dans son corps.

L'assuré a été examiné par le Dr H. _____ le 12 janvier 2015. Il ressort du rapport de ce médecin, du même jour, que l'intéressé n'avait jamais repris d'activité professionnelle depuis l'accident et bénéficiait d'un suivi psychiatrique et d'antidépresseurs depuis six mois. L'appréciation du Dr H. _____ est la suivante :

« Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 16.02.2001 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut.

Actuellement, le patient est complètement prostré. Il n'a pas de plaintes spontanées. A la demande, il évoque des douleurs dans le MIG [membre inférieur gauche] ainsi que dans le poignet G [gauche]. Sa femme doit l'aider dans tous les AVQ [activités de la vie quotidiennes]. Il ne sort pratiquement jamais seul.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient accusant son âge, négligé, à la thymie nettement abaissée, qui s'autolimité fortement.

Objectivement, les axes des MI paraissent corrects, en valgus symétrique. Il n'y a pas de défaut de rotation évident. La hanche G se laisse librement mobiliser. La mobilité est complète, les rotations amples et équilibrées. L'examen du genou G est normal. En dépit de lâchages antalgiques, la trophicité, le tonus et la force musculaire paraissent conservés à tous les niveaux. Il n'y a pas de dysmétrie. Le tannage plantaire est bien présent, symétrique. Le patient se sert tout à fait normalement de sa main G. Le poignet G n'est pas élargi. Il est bien aligné. Le ballottement ne paraît ni retenu ni douloureux. La mobilité est légèrement limitée. La force de serrage de la main G est apparemment réduite mais les marques d'utilisation sont importantes.

Un état dépressif sévère occupe donc le devant de la scène.

Il se peut qu'il soit partiellement en relation avec l'accident.

Je doute, en revanche, que les séquelles somatiques de celui-ci, au demeurant modestes, se soient notablement aggravées.

Je remercie néanmoins le Dr J._____, qui me lit en copie et qui verra le patient le 15.01.2015 à [...], d'actualiser le bilan radiologique aux frais de la Suva.

J'attends également avec intérêt ses observations et propositions thérapeutiques éventuelles. »

Il ressort d'un rapport médical du 31 octobre 2014 du Dr N._____, que l'assuré souffrait de dépression et était pour cette raison totalement incapable de travailler.

L'assuré a consulté le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a rendu un rapport le 5 février 2015, retenant les diagnostics de status après fracture per trochantérienne, réduction sanglante et ostéosynthèse au moyen d'une lame-plaque 135°, coxarthrose post-traumatique débutante et de status après fracture multi-fragmentaire du radius distal avec arrachement de la styloïde cubitale traitée conservativement, arthrose débutante radio-carpienne, pseudarthrose de la styloïde cubitale et réaction sudeckoïde. Son appréciation du cas est la suivante :

« Il est relativement difficile de se prononcer sur la base du peu de documents que j'ai devant moi ainsi qu'à la suite d'une seule visite du patient chez moi. Tout de même, il y a certains points que l'on peut relever. Aujourd'hui, la main gauche du patient présente un état qui ressemble beaucoup à un Sudeck de stade II, le patient ne l'utilise pratiquement pas du tout, elle reste figée pendant tout l'entretien avec le patient. La déambulation du patient est sans boiterie en ce qui concerne la hanche gauche, par contre, il est clair qu'il présente un signe de Trendelenburg positif qui est, je pense, directement lié à l'ascension du grand trochanter qu'il présente radiologiquement. Donc je vois mal un patient qui est supposé devoir travailler sur les toits, d'être en sécurité avec une insuffisance de stabilisation du bassin telle qu'il présente, avec un signe de Trendelenburg positif. D'autre part il est clair que le patient aurait été apte à tous les autres travaux y compris les travaux lourds, peut être [sic] pas à 100 % mais qui ne sont pas couplées avec une dangerosité accrue de métier. Il en est tout à fait autrement de l'appréciation aujourd'hui en ce qui concerne la main gauche car elle est pratiquement complètement figée et le patient ne l'utilise pas. Je suis également très étonné de l'évolution de ce cas. Le patient a été vu par le Dr H. _____ que j'ai eu au téléphone en 2001 et allait, semble-t-il, relativement bien donc je suis d'autant plus étonné sur l'évolution de ce cas d'où également ma réticence de m'exprimer avec plus de certitude. D'après ce que j'ai compris, la visite actuelle du patient est due au fait qu'il se trouve dans une situation financière catastrophique sans aucun revenu de nulle part d'où sa sollicitation de la SUVA actuellement. De mon côté, je ne peux pas plus m'exprimer de ce que je viens de faire [sic]. »

Le rapport précité a été soumis au Dr H. _____ pour appréciation, lequel a rendu un rapport le 18 mars 2015, dont la teneur est la suivante :

« J'ai pris connaissance du rapport médical que le Dr J. _____ m'a adressé le 05.02.2015.

Il retient, en substance, que le patient présente une coxarthrose G post-traumatique débutante, une arthrose radio-carpienne G également débutante, une pseudarthrose de la styloïde cubitale et une réaction « sudeckoïde » de la main G. Il note également un signe de Trendelenbourg positif à G qu'il met en relation avec une ascension du grand trochanter dans le cadre d'une pseudarthrose.

Pour ma part, je relève que cette ascension relative du grand trochanter a toujours été présente et que le patient marchait tout à fait normalement, sans boiterie ni Trendelenbourg, lorsque je l'ai examiné le 16.02.2001. Je suis d'accord, en revanche, pour dire qu'il a développé une coxarthrose G débutante, avec cependant une

bonne conservation de l'interligne articulaire, dans les suites tardives d'une fracture au tiers proximal du fémur G.

Pour ce qui est du poignet G, la situation n'a pas beaucoup évolué. Les amplitudes articulaires ne sont que légèrement limitées par rapport à D [droite] et l'arthrose radio-carpienne ne s'est pas aggravée, autant qu'on peut en juger, les clichés du 16.01.2015 étant de mauvaise qualité.

Pour ce qui est de l'aspect « sudeckoïde » de la main G, je ne l'ai personnellement pas constaté. De toute façon, un diagnostic d'algodystrophie ne saurait être posé près de 30 ans après un traumatisme (!) et l'aspect de la main pourrait tout au plus évoquer une sous-utilisation que je n'ai pas non plus observée.

En revanche, on s'accorde pour dire, que le patient est prostré, presque léthargique et qu'il paraît dépendant de son entourage pour les AVQ, le tout n'étant pas sans évoquer un état dépressif sévère.

Rien de tout cela n'était patent en 2001 et il appartient à notre Service administratif de savoir s'il veut investiguer plus avant cet aspect des choses.

Pour en revenir aux séquelles somatiques de l'accident, force est d'admettre que le patient a développé une coxarthrose G post-traumatique débutante qui pourrait rendre difficile l'exercice de son activité habituelle d'aide ferblantier, laquelle n'est peut-être plus exigible.

Il est clair, en revanche, que M. X. _____ pourrait travailler en plein dans une activité légère.

Les limitations fonctionnelles sont essentiellement les charges lourdes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain accidenté.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 5 % peut être retenu en présence d'une coxarthrose G post-traumatique débutante. »

La CNA a rendu une décision le 31 août 2015, observant que sur le plan médical et en dépit des séquelles de l'accident, l'assuré était à même d'exercer en plein une activité ne lui imposant pas la manipulation de lourdes charges ni de rester debout de manière prolongée ainsi que de longs trajets sur terrain accidenté. Cette capacité de travail lui permettait par exemple d'être occupé à diverses tâches (de surveillance de machine,

de contrôle, d'assemblage ou de tri de produits usinés) dans l'industrie et d'obtenir ainsi un salaire de 54'920 fr. (revenu d'invalidé déterminé à l'aide des données ressortant des descriptions de postes de travail [DPT]). Comparé au revenu de 56'740 fr. réalisable dans l'activité d'aide-ferblantier (déterminé sur la base du salaire horaire de 14 fr. indiqué sur la déclaration d'accident du 13 août 1986 et indexé à 2014), il n'en résultait qu'une perte de gain de 3.2 %. Une diminution notable de la capacité de gain n'existait pas et une rente d'invalidité ne pouvait dès lors pas être allouée. Il n'existait pas non plus un droit à des prestations en lien avec les troubles psychogènes, car ces derniers n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Au vu de l'appréciation médicale, la CNA a retenu que l'atteinte à l'intégrité avait augmenté de 5 % et a accordé à l'assuré une indemnité correspondante.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 18 septembre 2015, invoquant en substance son mauvais état de santé.

La CNA a rendu une décision sur opposition le 19 mai 2016, confirmant la décision contestée.

B. X. _____ a recouru contre la décision sur opposition précitée le 13 juin 2016, auprès du Tribunal cantonal de Lucerne. Ce dernier a rendu une décision le 4 juillet 2016 déclinant sa compétence à raison du lieu et transmettant la cause au Tribunal de céans.

Par courrier du 27 septembre 2016, la juge instructrice a retourné l'acte de recours, rédigé en allemand, à l'assuré et, conformément à l'art. 26 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), lui a imparti un délai pour procéder en français.

Le recourant s'est exécuté par écriture du 26 octobre 2016, expliquant qu'il restait « auprès de [s]es oppositions de jusqu'à présent », adressées au Tribunal cantonal de Lucerne et exigeait une révision qui serait entreprise en Suisse. Il n'était pas d'accord avec les paiements

effectués par la CNA, « une estimation de 3.21 % en tant qu'une valeur imaginaire [sic] ». « De manière à éviter les doutes », il exigeait encore un « contrôle - révision plus détaillé en Suisse ».

Par réponse du 16 février 2017, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours, celui-ci ne satisfaisant pas aux exigences de forme, ainsi qu'à son rejet et au maintien de la décision querellée.

Le recourant a produit quatre pièces médicales le 27 mars 2017, soit les résultats d'un électro-encéphalogramme effectué le 11 novembre 2016, sans toutefois d'évaluation médicale s'y rapportant ; un rapport du Service hospitalier clinique de l'université du Kosovo du 20 mars 2017 dont la traduction révèle que les médecins recommandaient une « incapacité pour le travail physique et mentale, recommandé en commission d'évaluation des personnes handicapées [sic] », sans plus de précisions ; un rapport du 15 mars 2017 du Dr Z. _____ décrivant les douleurs éprouvées par le recourant lors de l'examen physique qu'il avait effectué ; un rapport du 15 mars 2017 du Dr L. _____, neurologue, dont il ressort d'après la traduction que le degré d'invalidité du recourant était de plus de 60 %, évoquant les douleurs et les atteintes liées à l'accident, ainsi qu'une humeur dépressive, une perte de volonté pour la vie, des troubles du sommeil et des oublis notamment.

L'intimée a déclaré maintenir ses conclusions par écriture du 27 avril 2017.

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 sous réserve de dérogations

expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur en Suisse (art. 58 al. 2 première phrase LPGA). En l'espèce, le recourant était domicilié en dernier à Lausanne, de sorte que le Tribunal cantonal du canton de Vaud est compétent pour statuer.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'absence de Convention entre la Suisse et le Kosovo, la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours contre la décision sur opposition du 19 mai 2016 a été interjeté en temps utile devant le Tribunal cantonal de Lucerne et a été transmis au Tribunal de céans conformément à l'art. 58 al. 3 LPGA, de sorte que le délai de recours a été respecté (cf. art. 39 al. 2 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il est toutefois à la limite de la recevabilité, tant les motifs exposant en quoi la décision attaquée viole le droit sont succincts. On peut toutefois comprendre que le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité, raison pour laquelle il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

La décision sur opposition du 12 février 2002 qui refusait l'octroi d'une rente a été confirmée par le Tribunal des assurances du canton de Vaud le 24 mai 2004 et est entrée en force. En raison du refus de toute rente, la procédure de révision de l'art. 17 al. 1 LPGA n'est pas applicable puisque cette disposition règle la modification du taux d'invalidité des bénéficiaires de rentes. L'assuré peut en revanche déposer une nouvelle demande fondée sur l'existence d'une rechute ou d'une séquelle tardive. Vu les pièces du dossier qui montrent que le recourant allègue une aggravation de son état de santé, le litige porte donc sur l'existence d'une rechute ou d'une séquelle tardive.

Seuls les griefs soulevés par le recourant dans son écriture du 26 octobre 2016 seront examinés dans le présent arrêt, l'acte initial de recours du 13 juin 2016, en allemand, lui ayant été retourné afin qu'il procède en français.

3. En vertu 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.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements

et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

4. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

Par analogie avec la procédure régie par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS. 831.201) et à la procédure en cas d'annonce d'un accident, l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accident doit rendre vraisemblable le changement de situation de fait déterminante juridiquement, donc la présence d'une rechute ou d'une séquelle tardive. Dans ce cas, l'assureur est tenu d'entrer en matière et d'examiner si une rechute ou une séquelle tardive s'est effectivement produite. Ces principes s'appliquent aussi lorsque l'assuré fait valoir une réduction de la capacité de travail malgré une atteinte inchangée (TF U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à l'octroi de prestations d'assurance (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

5. On rappellera que les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées. ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

a) La condition du lien de causalité naturelle 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références citées). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte.

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : MEYER, Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 105 p. 929 s).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3 ; cf. infra consid. 7).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 *in fine* ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références citées).

6. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un

élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; RAMA 2000, KV 124 p. 214 consid. 3a). Le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante.

7. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 130 I 180 consid. 3.2).

8. En l'espèce, l'intimée est entrée en matière sur la demande de prestations du recourant, ce dernier ayant rendu vraisemblable l'existence d'une aggravation de son état de santé. Dite aggravation a ensuite été en partie reconnue par l'intimée qui a d'une part accordé une nouvelle IPAI de 5 %, d'autre part reconnu que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'aide-ferblantier, en raison de l'existence d'une coxarthrose qui n'apparaissait pas en 2001. Le recourant pouvait en revanche exercer à temps plein une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit l'absence de port de charges lourdes, de station debout prolongée et de longs trajets en terrain accidenté. L'exercice d'une telle activité n'entraînait toutefois pas une perte de gain suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Le recourant conteste sans plus de précisions les prestations allouées.

Dans son rapport du 31 janvier 2014, le Dr D. _____ constatait une bonne mobilité de la hanche avec une réduction de la puissance musculaire et une légère boiterie, ainsi qu'une légère déformation et perte de force musculaire au niveau de l'articulation R/C gauche. Selon lui, le recourant était inapte à accomplir des travaux demandant de longues marches ou stations debout, ainsi que des travaux physiques de la main gauche. Ces observations vont dans le sens de ce qui a été retenu par l'intimée.

Dans son rapport du 5 février 2014, le Dr W. _____ mentionnait les atteintes physiques sans se prononcer sur leur influence sur la capacité de travail du recourant, puis décrivait surtout des troubles d'ordre psychiatrique liés à un état dépressif.

Dans son premier rapport, du 12 janvier 2015, le Dr H. _____ notait qu'un état dépressif grave occupait le devant de la scène. Sur le plan somatique, les axes des membres paraissaient corrects. Il n'y avait pas de défaut de rotation évident. La mobilité de la hanche gauche était complète, les rotations amples et équilibrées. L'examen du genou gauche était normal. En dépit de lâchages antalgiques, la trophicité, le tonus et la force musculaire paraissaient conservés à tous les niveaux. Il n'y avait pas de dysmétrie. Le recourant se servait tout à fait normalement de sa main gauche. La mobilité était légèrement limitée. La force de serrage de la main était apparemment réduite mais les marques d'utilisation étaient importantes. Le Dr H. _____ doutait que les séquelles somatiques, modestes, se soient notablement aggravées. Il attendait néanmoins l'actualisation du dossier radiologique par le Dr J. _____, de même que ses observations.

Ce dernier mentionnait un état de la main gauche qui ressemble à un Südeck de stade II. Il n'a toutefois pas étayé cette affirmation, se contentant de noter que le recourant n'utilisait pratiquement pas du tout sa main gauche, celle-ci étant restée figée durant tout l'entretien. Il a ajouté à ce propos être très étonné de l'évolution du cas et était réticent à s'exprimer avec plus de certitude. Concernant la hanche, il notait un signe de Trendelenbourg positif, en raison de laquelle il estimait que travailler sur les toits était trop dangereux, au vu de l'insuffisance de stabilité du bassin. Son appréciation de la capacité de travail n'est pas tout à fait claire, si ce n'est que l'on comprend que l'activité habituelle est dangereuse pour le recourant. Le Dr J. _____ ne se prononce en revanche pas sur l'influence de l'atteinte à la main gauche sur la capacité de travail, ni sur l'exigibilité d'une activité adaptée.

Le Dr H._____ observait dans son rapport du 18 mars 2015 que l'ascension relative du grand trochanter que notait le Dr J._____ avait toujours été présente et que le recourant marchait tout à fait normalement, sans boiterie ni Trendelenbourg en 2001. Il a en revanche admis le fait que le recourant a développé une coxarthrose gauche débutante. Concernant le poignet, la situation n'avait selon lui pas beaucoup évolué. Les amplitudes articulaires n'étaient que légèrement diminuées par rapport à droite et l'arthrose radio-carpienne ne s'était pas aggravée. Il ne constatait lui-même pas d'état sudeckoïde, diagnostic qui ne pouvait dans tous les cas pas être posé près de 30 ans après le traumatisme. L'aspect de la main pouvait tout au plus évoquer une sous-utilisation, qu'il n'observait pas. En raison de la coxarthrose gauche, il estimait que l'activité habituelle n'était peut-être plus exigible. En revanche, le recourant pouvait travailler en plein dans une activité adaptée, soit sans port de charges lourdes, de station debout prolongée et de longs trajets, surtout en terrain accidentés. La coxarthrose justifiait l'octroi d'une IPAI de 5 %.

Les conclusions du Dr H._____ peuvent être suivies, dès lors qu'elles remplissent les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 5). En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciées, le rapport se fonde sur un examen clinique du recourant, prend en compte l'anamnèse et les plaintes de ce dernier et les conclusions sont claires et motivées.

Le rapport du Dr J._____ est au contraire très succinct. S'il convainc quant à l'existence d'une coxarthrose, que le Dr H._____ a également constatée, ça n'est pas le cas de l'existence d'un Trendelenbourg, que le Dr H._____ a exclu pour des raisons qu'il a détaillées. C'est encore moins le cas de l'existence d'une atteinte de type Südeck, qu'il se borne à mentionner, sans autre motivation que le fait que le recourant n'utilise plus sa main gauche. En outre, le Dr J._____ relève lui-même être étonné de cette évolution et ne pas pouvoir se prononcer de manière plus précise. Son rapport n'est ainsi pas suffisant à remettre en question les conclusions du Dr H._____.

Les rapports produits par le recourant en procédure judiciaire ne viennent quant à eux pas contredire l'évaluation du médecin d'arrondissement. En effet, les résultats de l'EEG n'ont pas été interprétés par un médecin et il ne peut en être tiré aucune conclusion. La recommandation des médecins du Service hospitalier clinique de l'université du Kosovo d'une incapacité de travail est vague et non motivée. Le Dr Z. _____ se contente de rapporter les plaintes de son patient, sans constatation objective ni estimation de la capacité de travail. Quant au Dr L. _____, il se borne à mentionner les plaintes du recourant, le résultat de l'EEG sans préciser ce qu'il implique, le traitement médicamenteux et les circonstances de l'accident. Il donne ensuite pour seule explication d'une incapacité de travail de plus de 60 % qu'il se base sur l'état réel du patient et les documents médicaux. Aucun de ses documents ne remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante et ne permet de remettre en doute les conclusions du Dr H. _____.

Au vu de ce qui précède, c'est à raison que l'intimée a retenu, du point de vue somatique, une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

9. a) Il ressort du dossier que le recourant souffre également de troubles psychiques. Ces troubles, d'ordre dépressif, sont mentionnés par la majorité des médecins ayant vu le recourant. Il ressort également que ces troubles ont une influence certaine sur sa capacité de travail. Il n'est toutefois pas nécessaire d'examiner cette question plus avant, la causalité adéquate entre ces troubles et l'accident ne pouvant être retenue pour les raisons qui suivent.

En matière de troubles psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles 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, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : FRESARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 121 ss, pp. 934 ss).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- 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, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;

- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

On rappellera encore que pour procéder à la classification de l'accident, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012

consid. 5.2 *in* SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 *in* SVR 2012 UV n° 23 p. 84). D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (TF 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 ; cf. également les arrêts publiés à la RAMA 1999 n° U 330 p. 122 consid. 4b/bb et RAMA 1998 n° U 307 p. 448 consid. 3a).

b) Le Dr H._____ évoque certes que les troubles psychiques que présente le recourant pourraient être en relation partielle avec l'accident. Il semble par ailleurs ressortir du rapport du Dr N._____, bien que peu clair, que la « maladie » soit apparue aussitôt après l'accident. Toutefois, selon le rapport médical initial d'accident du 1^{er} septembre 1986, le recourant a chuté de trois mètres et les lésions osseuses subies ne peuvent être qualifiées de sévères. Ainsi, l'accident en cause est un accident de gravité moyenne *stricto sensu*. Parmi les critères jurisprudentiels permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques (cf. supra consid. 4a), seul celui de la longue durée du traitement pourrait éventuellement être retenu, ce qui n'est largement pas suffisant. L'intimée n'a dès lors pas à prendre en charge les atteintes du recourant sur le plan psychique.

10. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1).

Le recourant ne critique pas le choix des DPT, ni le calcul du revenu sans invalidité. Ce dernier résulte du salaire horaire de 14 fr. qui figure sur la déclaration d'accident de 1986, que l'intimée a ensuite, à raison, indexé à 2014, obtenant ainsi un salaire annuel de 56'740 francs.

Quant aux DPT retenues par l'intimée, elles tiennent compte des limitations fonctionnelles du recourant. En effet, les postes d'ouvrier polyvalent, câbleur, monteur de modules, monteur en appareil et angleur n'impliquent ni port de charges lourdes, ni station debout prolongée (ou seulement parfois), ni longs trajets en terrain accidenté. Le revenu moyen de ces activités est de 54'920 francs.

Il découle de la comparaison de ces deux revenus un préjudice économique de 3.2 % ($56'740 \text{ fr.} - 54'920 \text{ fr.} \times 100 / 56'740 \text{ fr.}$), soit un taux insuffisant à ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. supra consid. 3a).

11. Reste à examiner le taux l'IPAI, octroyée en raison de la coxarthrose.

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. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA 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).

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc 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_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 221 consid. 4b et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références citées). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al.

2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, et en vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence citée).

b) En l'espèce, une IPAI de 5 % a été octroyée au recourant par décision du 20 février 2001, en raison des séquelles de l'accident qui consistaient alors pour le poignet gauche en une arthrose radio-scaphoïdienne débutante et une pseudarthrose de la styloïde cubitale, retenant en revanche l'absence de séquelle pour la hanche, notamment de coxarthrose. L'évaluation de l'IPAI avait été faite par le Dr H. _____, selon le barème d'indemnisation établi par l'intimée. Cette évaluation a été confirmée par le Tribunal des assurances et est entrée en force.

Comme il a été relevé aux considérants précédents, aucune aggravation des séquelles du poignet gauche ne peut être retenue. Ainsi il ne se justifie pas de réviser l'IPAI sur ce plan. En revanche, le Dr H. _____ a admis l'apparition d'une coxarthrose post-traumatique débutante de la hanche et estimé, sur la base du barème de la CNA qu'elle justifiait une

IPAI de 5 %. Il n'y a au dossier aucun élément permettant de remettre en cause cette évaluation.

12. Il découle des considérants qui précèdent que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

Le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (cf. art 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 mai 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- X._____, par publication dans la Feuille des avis officiels et par pli simple,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidentss,
- Office fédéral 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).

La greffière :