

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Neu, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 18 LAA

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, travaillait en tant que carrossier à 100% depuis le 1^{er} avril 2006 puis à 75% depuis le 1^{er} janvier 2007 et était à ce titre obligatoirement assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 8 mai 2007, l'assuré a été victime d'un accident de la route. Alors qu'il roulait avec son Scooter, une voiture l'a heurté et il a chuté au sol.

Blessé, l'assuré a été hospitalisé aux urgences de l'hôpital de [...]. Un CT-scan a mis en évidence une fracture au niveau L2, raison pour laquelle l'assuré a été transféré aux Hôpitaux C._____ (Hôpitaux C._____), où il a séjourné jusqu'au 25 juin 2007. Il y a subi deux interventions, soit une spondylodèse L1 à L3 avec laminectomie L2-L3 le 8 mai 2007 ainsi qu'une corpectomie L2 avec décompression antérieure de la queue de cheval par abord rétro-péritonéal gauche et mise en place d'une cage VBR [vertebral body replacement] le 16 mai 2007. Des séances de physiothérapie et d'ergothérapie lui ont été prescrites en sus d'un traitement médicamenteux. A la sortie de son séjour hospitalier, l'assuré présentait une zone d'hyposensibilité sur la face postérieure de la cuisse, à la face latérale de la jambe ainsi qu'à la face latérale et inférieure du pied à droite, avec une anesthésie quasi complète en S1, un déficit de force au niveau du moyen fessier à M3, ilio-psoas, quadriceps, ischio-jambier à M4, triceps sutural à M2, jambier antérieur à M3, de même que des limitations articulaires aux deux chevilles. Les diagnostics de fracture Burst Split de L2 (traitée par corpectomie rétro-péritonéale, cage, fixation L1-L3, laminectomie L2-L3 et suture d'une brèche de la dure-mère), de paraparésie du membre inférieur droit séquellaire sur syndrome de la queue de cheval, d'entorse de la cheville droite et d'allodynie de la face externe du pied droit ont été posés.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a pris en charge le cas et a versé des indemnités journalières à

l'assuré. Celui-ci a été en incapacité de travail totale depuis lors et les rapports de travail ont pris fin avec effet au 30 juin 2008.

Un compte-rendu de la CNA du 29 août 2007 faisait état du fait que l'assuré n'avait pratiquement pas de sensation à la jambe droite depuis le genou et que la sensibilité était revenue à 80% du genou droit à la hanche, étant précisé que celui-ci se déplaçait avec deux cannes.

Le 27 septembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

L'assuré a effectué un premier séjour à la Clinique T. _____ (Clinique T. _____) du 30 octobre au 5 décembre 2007. A l'issue de ce séjour, le bilan était plutôt positif avec une jambe droite plus stable. Toutefois, au niveau de la sensibilité, l'intéressé n'avait pas constaté d'amélioration, ce qui pouvait facilement le faire tomber. Un reclassement professionnel semblait ainsi nécessaire (cf. rapport intitulé « Suivi et détermination d'objectifs » de la CNA du 14 décembre 2007).

En parallèle, soit en date du 26 novembre 2007, la Dre P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assuré, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de fracture Burst Split de L2 traitée par corpectomie rétro-péritonale, cage, fixation L1-L3, laminectomie L2-L3 et suture d'une brèche de la dure-mère, paraparésie du membre inférieur droit séquellaire sur syndrome de la queue de cheval, allodynie de la face externe du pied droit et incontinence urinaire intermittente. Elle a précisé que les douleurs et les paresthésies de la jambe droite s'aggravaient et que dans l'immédiat, une reprise d'activité professionnelle identique à celle que son patient exerçait auparavant, à savoir carrossier peintre en automobiles, n'était pas envisageable à tout le moins avant une année et moyennant des aménagements.

La CNA, dans un rapport de suivi de l'assuré du 13 février 2008, a indiqué que celui-ci gérait de mieux en mieux son état mais qu'il n'y avait pas d'amélioration au niveau de la sensibilité de sa jambe droite et que les douleurs importantes au dos et au pied droit variaient d'un jour à l'autre.

La Dre P. _____ a, dans un rapport du 18 mars 2008, précisé qu'une amélioration objective et subjective à la suite de son séjour à la Clinique T. _____ avait été constatée, le patient étant en mesure de marcher sans cannes et avec des bâtons pour des longues distances. Une diminution des douleurs et une amélioration de l'état psychologique de l'intéressé avaient également été constatées. Toutefois, la Dre P. _____ précisait encore que la persistance des douleurs et des paresthésies du membre inférieur gauche, de même que de l'instabilité à la marche et du sens positionnel étaient à craindre pour l'avenir.

L'assuré a participé à plusieurs ateliers professionnels dans le cadre de ses séjours à la Clinique T. _____, à l'issue desquels il a été décidé d'une réorientation professionnelle, notamment compte tenu des difficultés pour se déplacer et de l'impossibilité de tenir longtemps la position assise.

Il ressort d'un rapport complété à l'attention de l'OAI le 13 juin 2008 par le Dr O. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie et médecin-adjoint au sein de la Clinique T. _____, que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient les suivantes : position à genoux et accroupie, travail en hauteur ou sur une échelle et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Ce médecin a également précisé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité de carrossier était nulle mais que celui-ci pouvait exercer une activité adaptée dès la fin de la formation appropriée. Il n'y avait en outre pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Le Dr O. _____ a encore mentionné que l'intensité de la douleur lombaire et du membre inférieur droit était variable entre 1-8/10 à l'EVA [échelle d'évaluation de la douleur].

En réponse à un questionnaire de la CNA, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré depuis le 17 avril 2008, a, dans un rapport reçu le 25 juin 2008, notamment posé le diagnostic de trouble dépressif réactionnel sévère (F32.2) avec signes de stress post-traumatique, tout en précisant que le patient était sous antidépresseur et bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2008, la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique au sein de la Clinique T._____, a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Elle a également décrit l'intéressé ainsi :

« Il s'agit d'un patient âgé de 42 ans qui présente des douleurs persistantes au niveau du dos, du blocage et des limitations des mouvements à une année de son accident. Des éléments biographiques, on retient un épisode dépressif suite à une perte d'emploi en [...]. Ce patient bénéficie d'un traitement psychotrope depuis novembre 2007 et d'un suivi psychiatrique dernièrement. Notre évaluation met en évidence l'existence d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive de degré modéré marqué par une modification du comportement, une conduite d'évitement avec consommation d'alcool et de cigarettes, des idées suicidaires passagères et une perte de confiance. Alors qu'il a pu stabiliser sa situation en venant travailler en Suisse, actuellement il est de nouveau confronté à une incapacité de travail et un licenciement. »

Les médecins de la Clinique T._____, dont le Dr O._____, ont conclu, dans un rapport du 3 juillet 2008, à une incapacité de travail de l'assuré de 100% dans la profession de carrossier-mécanicien. Sur le plan physique, la reprise d'une autre activité professionnelle sans contrainte au niveau dorsolombaire permettant une activité assise en position alternée pouvait être envisagée et exigée.

Par communication du 22 juillet 2008, l'OAI a fait savoir à l'intéressé qu'il avait droit à une mesure sous la forme d'une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

L'assuré a bénéficié d'un stage d'orientation professionnelle d'une durée de trois mois, soit du 6 avril au 5 juillet 2009, à l'unité d'évaluation des capacités professionnelles, effectué auprès des Etablissements Y._____ (Etablissements Y._____) à [...]. Ce stage a été prolongé de trois mois supplémentaires, soit jusqu'au 4 octobre 2009.

Le 8 juin 2009, la Dre P._____ a établi un certificat médical attestant d'une capacité de travail maximale de 80% qui tient compte des limitations physiques de son patient. Ce certificat était établi pour une durée de 6 mois à l'issue de laquelle la situation devait être réévaluée.

Dans un rapport médical intermédiaire du 31 août 2009, le Dr F._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif et a évoqué une amélioration thymique du patient sous traitement antidépresseur et suivi psychothérapeutique.

Entre les mois d'octobre 2009 et mai 2010, l'OAI a pris en charge les frais relatifs à des cours de français, d'informatique et de bureautique.

Aux termes d'un rapport médical intermédiaire du 26 juillet 2010, le Dr F._____ a fait état d'une légère amélioration de la symptomatologie dépressive de son patient par des activités occupationnelles, tout en précisant que celui-ci s'épuisait psychiquement très rapidement avec une perte d'énergie et d'espoir.

Par communication du 4 août 2010, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi en sa faveur de mesures professionnelles sous forme de cours d'aide-comptable du 28 septembre 2010 au 21 mai 2011 avec un taux de présence à 50%. Cette formation s'est achevée le 29 février 2012. L'assuré a ensuite effectué un stage d'aide-comptable à mi-temps auprès de l'entreprise W._____ du 14 mai 2012 au 11 février 2013. L'OAI a encore pris en charge les frais pour une mise à jour bureautique du

14 mars 2013 au 30 avril 2013. Dès le 1^{er} mai 2013, l'assuré s'est inscrit au chômage.

Sur le plan médical, la Dre P._____ a précisé, dans un rapport du 1^{er} décembre 2010, que l'état clinique de son patient était stabilisé depuis 2009.

Le Dr F._____ a, pour sa part, constaté, dans un rapport du 26 août 2011, une amélioration psychique de son patient.

L'assuré a été examiné en date du 17 avril 2012 par les Drs G._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins-conseils auprès de la CNA. Dans leur rapport daté du même jour, les spécialistes précités ont apprécié la situation médicale de l'intéressé en ces termes :

« Ce patient, âgé actuellement de 46 ans, carrossier, [...], a donc été renversé par une voiture alors qu'il circulait à motocyclette le 08.05.2007.

Il a présenté une fracture de L2 de type Burst avec un fragment intra-canalair s'accompagnant d'une para-parésie.

En urgence, on a fait une laminectomie L2-L3 et une spondylodèse L2-L3 puis le 16.05.2007, une corpectomie de L2 avec décompression antérieure de la queue de cheval par abord rétro-péritonéale G [gauche] et on a mis en place une cage VBR.

Si le patient a bien récupéré du point de vue moteur, d'importants troubles de la sensibilité ont persisté au MID [membre inférieur droit], s'accompagnant de douleurs neurogènes, de troubles mictionnels et d'une dysfonction érectile.

Actuellement, le patient dit qu'il a constamment une sensation de brûlure à la face externe du MID s'accompagnant parfois de décharges électriques qui surviennent inopinément. D'autre part, il ne sent plus sa jambe droite depuis le genou et il doit toujours penser à avancer la jambe pour marcher.

Il souffre également de lombalgies basses. Son dos peut se bloquer et l'empêcher de se lever, même pour aller aux toilettes. Il dit devoir s'allonger après avoir marché environ une heure.

Il se plaint également de troubles mictionnels. Après avoir uriné, il présente parfois des fuites. En revanche, l'évacuation des selles s'effectue sans problème particulier. Quant à l'érection, elle n'est

possible qu'avec des médicaments et le patient déplore cette situation qui prive sa vie sexuelle de spontanéité.

Enfin, le patient dit avoir des problèmes de concentration et son moral est fluctuant.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient en surpoids dont la démarche est nettement déséquilibrée, en relation avec une perte du sens postural de la cheville et du pied D [droit].

Objectivement, la mobilité rachidienne est globalement conservée mais il y a une raideur de la charnière dorsolombaire et une inversion du rythme lombo-pelvien. La manœuvre de Lasègue est indolore. Les ROT [réflexes ostéo-tendineux] ne sont pas obtenus. Sous contrôle de la vue, il n'y a pas de déficit au testing musculaire. Le patient décrit une anesthésie de toute la jambe D [droite] au[]dessous du genou et il présente une perte du sens postural au niveau de la cheville et du pied D.

Sur le plant (sic) somatique, les séquelles sont donc importantes.

Il s'agit en l'espèce d'un grave trouble de la sensibilité du MID perturbant la marche et rendant la station debout difficile. A cela s'ajoutent des douleurs neurogènes du MID qui sont sûrement pénibles et des lombalgies résiduelles dont on peine quand même un peu à comprendre qu'elles clouent le patient au lit comme il l'explique.

Sur le plan psychiatrique, le patient présente des troubles psychiques manifestes.

Un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique peut être retenu en raison de l'irritabilité, de la fatigabilité, des troubles du sommeil, de l'attention et de la concentration dont se plaint le patient, ainsi que de son angoisse constante perceptible.

Ces troubles sont en relation de causalité naturelle avec l'accident.

Cette co-morbidité psychiatrique qui vient s'ajouter aux séquelles purement somatiques limitent (sic) la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Il est probable en revanche que le patient pourrait travailler en plein en l'absence de troubles psychiques.

Quoi qu'il en soit, la poursuite du projet professionnel ne peut être qu'encouragée, même si la réinsertion du patient dans le circuit économique normal est loin d'être garantie, notamment en raison de facteurs sortant du champ médical.

A cet égard, on y verra probablement plus claire (sic) lorsque le patient fera un stage en entreprise. [...] »

Il était précisé, dans une note interne de la CNA du 7 juin 2012, que l'assuré poursuivait son stage d'aide comptable auprès de W. _____ et y travaillait à la mi-journée, le matin. Celui-ci pensait pouvoir

continuer à travailler à 50% à l'avenir. La question de la pose d'un stimulateur était par ailleurs évoquée.

Dans un rapport intermédiaire du 29 juin 2012, le Prof. Z._____, spécialiste en traitement interventionnel de la douleur et médecin-chef auprès du Département d'anesthésiologie et Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...], a constaté une amélioration incomplète et variable en regard des lombalgies et sciatalgies séquellaires d'une fracture « burst » de L2.

Il ressort d'un certificat de travail établi le 11 février 2013 par l'entreprise W._____ que, lors de son stage, l'intéressé a assumé différentes tâches, soit le contrôle et l'imputation des caisses débiteurs, le rapprochement de factures et des bulletins de livraisons, la saisie de factures d'achat ainsi que le traitement et l'imputation des frais de représentation.

Par courrier du 14 février 2013, le conseil de l'assuré, en se référant à la formation effectuée par l'assuré, a mentionné qu'« après éventuellement encore quelques cours d'informatique, [celui-ci] s'inscrirait au chômage pour trouver un travail à 50% en tant qu'aide comptable », ce qu'il a effectivement fait à compter du 1^{er} mai 2013.

En date du 10 juillet 2013, le Dr R._____ de la CNA a revu l'assuré pour un examen psychiatrique. Dans son rapport établi le même jour, il a apprécié la situation de l'intéressé de la manière suivante:

« J'avais posé lors de mon examen avec le Dr G._____ le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Je modifie ce diagnostic après l'examen de ce jour. En effet la symptomatologie propre à un trouble dépressif s'est amendée : il n'y a plus d'idées suicidaires, l'humeur est certes fluctuante mais sans abaissement manifeste sur une longue durée, les fonctions instinctuelles sont préservées mise à part le sommeil. J'estime donc qu'un diagnostic d'épisode dépressif ne se justifie plus.

Cet assuré présente un trouble de type post-traumatique avec une angoisse à fleur de peau, une irritabilité et des troubles de l'attention et de la concentration. Ces troubles sont suffisamment importants pour perturber aussi bien ses relations familiales que

sociales et affectant également sa capacité de travail. Il me paraît donc justifié de poser un diagnostic de modification durable de la personnalité car il s'agit de manifestations qui perdurent sur le long terme et apportent une modification de la personnalité de l'assuré.

Cet assuré présente des troubles du sommeil. Il m'a indiqué souffrir d'un syndrome d'apnées au cours du sommeil. Il est traité par CPAP [continuous positive airway pressure ; en français : ventilation par pression positive continue] depuis un an et demi environ. Ce syndrome d'apnées au cours du sommeil n'est pas en lien de causalité avec l'accident du 8 mai 2007 ou ses séquelles.

Je ne pose pas d'autre diagnostic psychiatrique. J'exclus le diagnostic de trouble douloureux somatoforme car les douleurs dont se plaint l'assuré ont un substrat organique indéniable. J'exclus également le diagnostic de trouble de conversion car les plaintes de l'assuré sont limitées aux régions atteintes et qu'il n'y pas d'amplification ni théâtralité.

Lors de l'examen que j'avais effectué avec le Dr G. _____ le 17 avril 2012, nous avons estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50% en raison de troubles psychiques qu'il présentait. L'évaluation du stage qu'il a fait par l'intermédiaire de l'OAI a montré que l'assuré avait de grosses difficultés qui sont, en partie au moins, dues aux séquelles somatiques et psychiques de l'accident du 8 mai 2007. J'estime donc qu'il n'y pas lieu de modifier cette estimation de la capacité de travail après l'examen de ce jour. »

L'assuré, sous l'égide du chômage, a effectué un stage de trois mois (du 24 juin au 23 septembre 2013) auprès de l'entreprise K. _____ afin de parfaire ses connaissances pratiques du métier d'aide-comptable.

Du 11 au 16 octobre 2013, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale attestée par le Dr Z. _____ le 15 octobre 2013, en raison de douleurs de type décharge dans la jambe droite.

Dans un rapport du médecin précité du 30 octobre 2013, il était mentionné que le patient présentait toujours des exacerbations douloureuses et que le traitement consistait en une médication, des infiltrations itératives ainsi qu'un TENS (appareil permettant une neurostimulation électrique transcutanée).

Dans un rapport médical du 7 février 2014, la Dresse P. _____ a indiqué ce qui suit :

« [...] Depuis 2009, l'état clinique s'est stabilisé.

Le patient présente des douleurs neuropathiques du membre inférieur droit, intermittantes, mais extrêmement invalidantes, à type de décharges électrique et/ou brûlures qui le clouent au lit de nombreuses heures ou jours et ne répondent que très partiellement au traitement antalgique. Ces douleurs invalidantes, d'apparition non prévisible posent également de gros problèmes dans le travail de réinsertion professionnel (sic).

[...]

Patient vise une activité à 50% comme aide comptable mais avec pas mal de contraintes au niveau de l'employeur qui devra être très souple avec l'imprévisibilité des crises douloureuses qui le mettent hors circuit. »

Par décision du 14 mars 2014, la CNA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 64'080 fr. fondée sur un taux de 60% et un gain annuel de 106'800 francs.

Par certificat médical du 17 mars 2014, le Dr Z._____ a attesté une incapacité de travail de son patient de 100% du 17 au 20 mars 2014.

Le même médecin a précisé, dans un rapport du 7 avril 2014, qu'il n'y avait pas d'évolution significative au niveau de l'état de santé de son patient.

Dans un rapport final du service de réadaptation de l'OAI du 31 juillet 2014, il a été tenu compte d'un statut d'actif de 100% et d'une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée. En se fondant sur un revenu sans invalidité de 80'100 fr. et un revenu avec invalidité de 31'850 fr., le préjudice économique s'élevait à 48'250 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 60.24%.

Par communication du même jour de l'OAI, l'assuré a été informé qu'une aide au placement lui était accordée.

Par certificat médical du 18 août 2014, la Dre P._____ a attesté une incapacité de travail totale de son patient du 6 au 8 août 2014.

Par décision du 12 septembre 2014, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité au taux de 61% calculée sur un gain annuel assuré de 75'553 fr. ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 64'080 fr. fondée sur un taux de 60% et sur un gain annuel de 106'800 francs.

Le 29 septembre 2014, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, qualifiant d'irréaliste le taux de rente d'invalidité retenu, motif pris qu'en raison d'une aggravation de ses troubles, il s'estimait incapable de réaliser une capacité de travail de 50% dans une activité d'aide-comptable. Il n'a en revanche pas contesté les bases de calcul, de même que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 60%.

Par courrier du 26 janvier 2015, l'assuré a complété son opposition en requérant qu'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) soit mise en œuvre pour déterminer sa capacité de travail. Il a joint un rapport médical de la Dre P. _____ du 5 novembre 2014 établi en réponse à un questionnaire de l'OAI, dans lequel celle-ci mentionnait ce qui suit :

« [...] L'état de santé s'est aggravé depuis l'an dernier, depuis octobre 2013, avec décharges électriques et d'intenses brûlures du membre inférieur droit qui ont initialement duré 15j, 24h/24H nous ayant obligé à augmenter les doses de Lyrica qui sont encore maintenues à l'heure actuelle sans possibilité de diminution (avec augmentation des effets secondaires sur l'état de vigilance et la concentration).

[...]

Nous devons nous rendre à l'évidence que ce patient n'est plus apte du tout à un placement professionnel. Les séquelles de son accident avec des douleurs fulgurantes lombaires et du membre inférieur droit arrivant sans prévenir et l'immobilisant pour plusieurs jours de façon totalement aléatoire font que n'importe quel patron ne voudra pas de lui en raison d'un absentéisme qui le rend totalement non compétitif sur un lieu de travail.

Par ailleurs, l'importance du traitement antalgique avec son cortège d'effets secondaires sur le plan cérébral diminue encore la compétitivité en engendrant des troubles de la concentration et de l'apprentissage. Ces médicaments ne peuvent en aucun cas être retirés et ce probablement de façon définitive. [...] »

L'assuré s'est soumis à une IRM lombaire le 29 novembre 2013. La conclusion du rapport y relatif a été libellée en ces termes :

« Pas de signe net d'intolérance du matériel ou de collection. Examen de qualité limite en raison des artéfacts. Possible inflammation à hauteur des muscles postérieurs vertébraux mais déjà présente précédemment sur l'examen de 2008.

La confrontation avec le précédent examen démontre une accentuation des discopathies L3-L4 et surtout L4-L5 et de moindre degré L5-S1.

Il existe un rétrécissement des trous de conjugaison à gauche marqué en L4-L5 et L5-S1 et de moindre degré en L4-L5 et L5-S1 à droite. Un conflit radiculaire existe entre le disque intervertébral au niveau intra et extra-foraminal à hauteur de L4-L5 et L5-Sa à gauche. »

L'assuré a subi un nouvel examen par les Drs G. _____ et R. _____ le 18 mai 2015. De leur rapport du 10 juin 2015, on extrait ce qui suit :

« **Appréciation**

[...] Actuellement, le patient dit qu'il a passablement de douleurs, notamment dans la jambe droite où il [a] constamment une sensation de brûlure sur la partie antéro-externe de la jambe, à laquelle viennent s'ajouter des douleurs sous forme de décharges électriques et de coups de couteau qui peuvent durer une à deux heures jusqu'à plusieurs jours. Le patient se plaint également de blocages épisodiques du dos, survenant une à deux fois par mois. Par ailleurs, « sa tête ne marche pas très bien ; il a des trous dans la mémoire ». Il n'évoque plus de difficultés à la marche. A la demande, il relate la persistance de fuites urinaires. Alors qu'il croit sa vessie vide, et de troubles de l'érection.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient en surpoids, au contact agréable, très centré sur ses douleurs mais dont la thymie se module bien en fonction des sujets évoqués, en état général conservé.

Sur le plan somatique, la démarche semble plus assurée et en station debout la charge est mieux répartie. L'appui monopodal D reste impossible et l'accroupissement difficile. On retrouve une raideur de la charnière dorsolombaire mais la mobilité du rachis est globalement conservée et il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral manifeste. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT ne sont pas obtenus. Le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux. Le patient décrit une anesthésie de toute la jambe D au-dessous du genou et il présente manifestement toujours une perte du sens postural de la cheville D et du pied D.

Du point de vue psychiatrique, le patient se plaint de la persistance de troubles du sommeil avec insomnie d'endormissement et de maintien, ronflements et sentiment de fatigue au réveil. Il se plaint également d'une fatigue diurne. L'appétit est préservé. Les relations sexuelles sont toujours présentes mais demandent la prise d'un

inhibiteur de la phosphodiesterase pour obtenir une érection satisfaisante. Le moral est préservé. Il n'y a pas d'idées suicidaires. On ne note pas de tristesse ni de ralentissement psychomoteur ou idéique. Le patient est toujours angoissé. Le patient se plaint de troubles de l'attention et de la concentration. Il dit avoir de la peine à suivre un film à la télévision.

Globalement, tant du point de vue somatique que psychiatrique, la situation paraît largement superposable à celle observée lors de l'examen commun du 17.04.2012 et de l'examen psychiatrique du 10.07.2013.

Il n'y pas d'aggravation notable. L'aggravation dont fait état aussi bien le patient que la Dresse P. _____ sont subjectives. Aucun fait médical nouveau n'est apparu après les examens précédents de 2012 et 2013.

Les conclusions prises en termes d'exigibilité, de limitations fonctionnelles et d'atteinte à l'intégrité restent donc d'actualité.

Bien plus que de douleurs ou d'hypothétiques effets secondaires de la médication, on a l'impression que ce sont des facteurs contextuels qui sont responsables de l'incapacité de M. N. _____ à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle. »

Par décision sur opposition du 25 novembre 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, estimant, en se fondant sur le rapport du 10 juin 2015 de ses médecins-conseils, que la situation, tant du point de vue somatique que psychiatrique, paraissait largement superposable à celle qui avait été déjà observée lors de l'examen commun du 17 avril 2012 et de l'examen psychiatrique du 10 juillet 2013. Dès lors qu'aucune aggravation notable n'était constatée, la CNA était fondée à fixer la rente d'invalidité de l'assuré en fonction notamment d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité adaptée de référence. Au plan économique, l'assuré ne contestait pas les chiffres retenus, si bien que ceux-ci pouvaient être confirmés.

Dans l'intervalle, l'OAI a adressé à l'assuré une décision du 24 mars 2016 confirmant un projet du 8 janvier 2015, lui octroyant un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2016 avec la précision que la décision concernant la période du 1^{er} mai 2008 au 31 mars 2016 lui parviendrait ultérieurement. L'OAI a expliqué que l'assuré avait retrouvé une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2008. Il ressortait de la comparaison des revenus sans invalidité et avec

invalidité une perte de gain de 60%, ouvrant le droit à un trois-quarts de rente. Le 29 avril 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans (cause AI 102/16).

Par décision du 24 mai 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 31 juillet 2008 puis un trois-quarts de rente du 1^{er} mai 2013 au 31 mars 2016. Par acte du 16 juin 2017, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour de céans (cause AI 194/17).

Les deux causes précitées ont été jointes le 8 novembre 2018.

B. Par acte du 23 décembre 2016, l'assuré, par son conseil, a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 25 novembre 2016 auprès de la Cour de céans, en concluant, préliminairement à la mise en œuvre d'une expertise globale afin de déterminer sa réelle capacité de travail, principalement à l'annulation de la décision sur opposition litigieuse et à la constatation qu'il possède un droit aux prestations de l'assurance-accident basé sur un taux d'invalidité supérieur à 61% et, subsidiairement, à l'annulation de la décision sur opposition litigieuse et au renvoi de la cause auprès de la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il fait en substance valoir qu'il n'existe aucune raison pour que l'avis des médecins d'arrondissement de la CNA prime celui de la Dre P._____ et que le revenu qu'il pourrait prétendument réaliser, retenu par l'intimée, est irréaliste sur le marché du travail puisqu'il n'est pas considéré comme un aide-comptable et qu'il ne pourrait jamais gagner autant. Il soutient n'avoir jamais eu de capacité de travail à 50% comme aide-comptable, ajoutant que c'est ce qui avait pu être constaté durant la période des mesures de reclassement, n'ayant pu les terminer que difficilement.

Aux termes d'une décision du 25 janvier 2017, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 décembre 2016, sous forme d'exonération des avances et

des frais judiciaires et d'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Flore Primault, le recourant étant en outre astreint à payer une franchise mensuelle de 50 francs dès et y compris le 1^{er} mars 2017.

Par réponse du 22 février 2017, l'intimée, désormais représentée par Me Olivier Derivaz, conclut au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée, en se référant à celle-ci s'agissant des arguments invoqués.

Répliquant le 27 juin 2017, le recourant soutient que les rapports des médecins de la CNA n'ont pas pleine valeur probante, dès lors qu'ils ne tiendraient pas compte des importantes difficultés de concentration et de mémoire auxquelles il doit faire face et de la situation actuelle. Le recourant fait également valoir qu'en s'appuyant sur les données de l'AI, l'intimée a « gravement erré » car l'OAI n'aurait pas procédé à son reclassement complet, dès lors qu'il n'a pas pu achever sa formation d'aide-comptable et que l'OAI ne lui a pas proposé une autre activité adaptée. Il sollicite enfin la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour déterminer sa capacité de travail actuelle dans une activité adaptée.

Estimant que la réplique du 27 juin 2017 du recourant n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux, l'intimée, par duplique du 25 juillet 2017, confirme ses conclusions, tout en rappelant que c'est l'état de santé au moment où la décision sur opposition est rendue qui est déterminant. Ainsi l'appréciation des médecins de la CNA du 10 juin 2015 était pleinement valable à ce moment-là.

Par courrier du 18 février 2019, le recourant produit un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 janvier 2019 du Prof. M. _____ et du Dr I. _____, respectivement médecin-chef et médecin-assistant au sein de l'Hôpital S. _____ (Hôpital S. _____), établi dans le cadre de l'instruction menée auprès de la juridiction civile et ordonnée par cette juridiction dans la cause dirigée contre l'assureur en responsabilité civile (RC). Les experts ont conclu que les troubles neurologiques et les douleurs

neuropathiques du recourant, associés à une pathologie dégénérative, justifiaient une incapacité de travail à 50% au maximum. Sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail à 100% dans tout domaine d'activité en raison d'un diagnostic de stress post-traumatique persistant était retenue.

Par écriture du 30 avril 2019, l'intimée, en se fondant sur deux appréciations médicales de ses médecins-conseils datées respectivement des 26 et 30 avril 2019, conclut que l'expertise effectuée dans le cadre de la procédure civile n'est pas de nature à modifier son appréciation, si bien qu'elle confirme sa position et ses conclusions. Elle relève en particulier que du point de vue strictement somatique, les experts sont du même avis que les Drs G._____ et R._____. Sur le plan psychiatrique, l'avis du 16 décembre 2018 donné par le Dr H._____, sur lequel se fondent précisément les experts du Hôpital S._____, souffre de plusieurs défauts méthodologiques mis en exergue par la Dre Q._____ de la CNA dans son appréciation du 30 avril 2019.

Par déterminations du 17 octobre 2019, le recourant répond à l'intimée, en soutenant que le rapport d'expertise du Dr H._____ a pleine valeur probante et en réfutant les reproches de la Dre Q._____ émises à l'encontre de ce rapport. Il relève que les experts de l'Hôpital S._____ décrivent une situation médicale récente et claire, contrairement aux avis des médecins de la CNA. Enfin, le recourant fait valoir que l'appréciation médicale du Dr H._____ rejoint parfaitement les données purement factuelles constatées dans le cadre de la mise en place de son reclassement au niveau de l'AI, en ce sens que ce médecin a mis en évidence une altération des capacités attentionnelles, un déficit de mémoire antérograde verbale ainsi qu'un défaut de mémoire de travail correspondant aux importantes difficultés de concentration du recourant et à l'absence d'autonomie qui avaient été alors constatés.

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 degré d'invalidité du recourant, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail, à partir du 1^{er} mai 2013.

3. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident. Cette disposition a été modifiée dès le 1^{er} janvier 2017, ensuite de l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 de la LAA (RO 2016 4375). La version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 reste toutefois applicable en l'espèce, dès lors que l'accident assuré s'est produit avant le 1^{er} janvier 2017 (art. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

b) L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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). 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).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir

s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, l'intimée a retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans l'activité d'aide-comptable dès le 1^{er} mai 2013, ce que celui-ci conteste, estimant sa capacité nulle dans toute activité dès cette date.

Pour parvenir à cette conclusion, l'intimée s'est en particulier fondée sur les rapports de ses médecins-conseils, les Drs G._____ et R._____. Quant au recourant, il s'appuie essentiellement sur l'avis de sa médecin traitante, la Dre P._____, ainsi que sur l'expertise réalisée au sein de l'Hôpital S._____ dans le cadre du procès civil dirigé contre l'assureur RC.

b/aa) Sur le plan somatique, la Dre P._____ invoque une aggravation de l'état de santé de son patient depuis le mois d'octobre 2013, en ce sens qu'il ressent comme des décharges électriques et d'intenses brûlures du membre inférieur droit l'ayant contraint à prendre des doses de Lyrica plus fortes avec augmentation des effets secondaires sur l'état de vigilance et sur la concentration (cf. rapport du 5 novembre 2014).

Les médecins de la CNA relèvent, pour leur part, à l'examen clinique de l'intéressé que sa démarche semble plus assurée et en station debout la charge mieux répartie. L'appui monopodal droit reste impossible et l'accroupissement difficile. Ils constatent une raideur de la charnière dorso-lombaire mais la mobilité du rachis est globalement conservée et il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral manifeste. La manœuvre de Lasègue est négative et les ROT ne sont pas obtenus. Le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux. Ils relèvent encore que le patient décrit une anesthésie de toute la jambe droite au-dessous du genou et qu'il présente manifestement toujours une perte du sens postural de la cheville droite et du pied droit. Ils concluent en définitive que la situation paraît largement superposable à celle observée lors de

l'examen commun du 17 avril 2012 et estiment qu'il n'y a pas d'aggravation notable de l'état de santé du patient sur le plan somatique, dès lors qu'aucun fait médical nouveau n'est apparu après l'examen précédent de 2012. Ils font encore remarquer que, de leur avis, des facteurs contextuels, plus que des douleurs ou d'hypothétiques effets secondaires de la médication, sont responsables de l'incapacité de l'assuré à mettre en œuvre sa capacité de travail résiduelle. Ils confirment ainsi leurs précédentes conclusions en termes d'exigibilité et de limitations fonctionnelles (cf. rapport du 10 juin 2015).

L'avis des médecins de la CNA est convaincant. En effet, il repose sur des considérations sérieuses et confirme, contrairement à ce que soutient le recourant, les observations constatées lors des mesures de réinsertion professionnelles organisées par l'OAI. En effet, après être parvenu au terme d'une formation d'aide-comptable, certes sans obtenir le diplôme final, le recourant a pu mettre à profit les compétences acquises durant cette formation dans le cadre d'un stage pratique d'aide-comptable auprès de l'entreprise W._____, lequel a duré neuf mois. Il a été en mesure de mettre en valeur une capacité de travail de 50% puisqu'il se rendait tous les matins dans l'entreprise précitée. Il a pu assumer avec succès différentes tâches, telles que le contrôle et l'imputation des caisses débiteurs, le rapprochement de factures et des bulletins de livraisons, la saisie de factures d'achat, ainsi que le traitement et l'imputation des frais de représentation. A la suite de ce stage, le recourant a encore bénéficié de cours de mise à jour bureautique avant d'effectuer un second stage, cette fois-ci sous l'égide du chômage, afin de parfaire ses connaissances pratiques du métier d'aide-comptable. Le recourant s'est montré motivé tout au long des stages et a pu les mener à bien en occupant un poste à 50%. A cet égard, les quelques incapacités de travail temporaires attestées tantôt par la Dre P._____, tantôt par le Dr Z._____ (cf. certificats médicaux des 15 octobre 2013, 17 mars 2014 et 18 août 2014) ne constituent pas un fait nouveau puisque le recourant évoquait déjà des blocages qui pouvaient durer plusieurs heures, voire plusieurs jours, avant-même qu'il ne débute les mesures de réorientation professionnelle de l'AI (cf. notamment rapport de la Dre P._____ du 1^{er}

décembre 2010 et rapport des Drs G._____ et R._____ du 17 avril 2012).

Force est également de constater que le rapport du 10 juin 2015 des Drs G._____ et R._____, qui tient compte des plaintes de l'assuré, pose des diagnostics clairs, contient une appréciation étayée et des conclusions motivées, respecte en tous points les critères posés par la jurisprudence pour lui accorder une pleine valeur probante (cf. consid. 4b *supra*).

Enfin, le rapport d'expertise réalisé au sein de l'Hôpital S._____, produit par le recourant dans le cadre de la procédure de recours, ne fait que confirmer les conclusions des Drs G._____ et R._____ sur le plan somatique puisque les experts concluent que les troubles neurologiques et les douleurs neuropathiques associés à la pathologie dégénérative justifient une incapacité de travail à 50% au maximum. A cet égard, la Dre J._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie et médecin auprès de la CNA, conclut, dans son rapport du 26 avril 2019, que le recourant présente une stabilisation neurologique, une autonomie complète dans les activités de la vie quotidienne, l'absence de trouble moteur, mais une persistance de troubles sensitifs au membre inférieur droit, ce qui justifie de retenir une capacité de travail résiduelle de 50% sur le plan somatique.

b/bb) Sur le plan psychiatrique, les Drs G._____ et R._____ mentionnent que le patient se plaint de la persistance de troubles du sommeil avec insomnie d'endormissement et de maintien, ronflements et sentiment de fatigue au réveil, de fatigue diurne. En revanche, l'appétit est préservé, les relations sexuelles sont toujours présentes (avec prise d'un inhibiteur de la phosphodiesterase) et le moral est préservé. Les médecins précités relèvent encore l'absence d'idées suicidaires, de tristesse, de ralentissement psychomoteur ou idéique. Ils notent que le patient est toujours angoissé et qu'il se plaint de troubles de l'attention et de la concentration, ayant de la peine par exemple à suivre un film à la télévision. Les Drs G._____ et R._____ considèrent que sur

le plan psychiatrique, la situation est également superposable à celle observée lors des examens des 17 avril 2012 et 10 juillet 2013 (cf. rapport du 10 juin 2015). Dans un premier temps, le Dr R._____ avait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique en raison de l'irritabilité, de la fatigabilité, des troubles du sommeil, de l'attention et de la concentration dont se plaignait le patient et de son angoisse constante perceptible (cf. rapport du 17 avril 2012). Lorsque le Dr R._____ a revu le patient, il a modifié son diagnostic pour conclure à une modification durable de la personnalité en expliquant les raisons pour lesquelles il ne concluait plus à un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. En particulier, en raison de la persistance de manifestations (angoisse, irritabilité, troubles de l'attention et de la concentration) qui apportaient une modification durable de la personnalité de l'assuré. Le Dr R._____ a également expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas d'autres diagnostics psychiatriques (notamment un trouble somatoforme douloureux, ou un trouble de la conversion) et ainsi considéré qu'il n'y avait pas lieu de modifier l'estimation de la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique, soit 50% pour tenir compte de certaines difficultés que le recourant a rencontrées lors des stages effectués par l'intermédiaire de l'AI (cf. rapport du 10 juillet 2013).

Le rapport d'expertise médicale réalisée à l'Hôpital S._____, sur lequel s'appuie le recourant pour considérer que sa capacité de travail est nulle, ne saurait remettre en cause l'appréciation des médecins de la CNA. En effet, tout d'abord, le diagnostic posé par le Dr H._____ d'état de stress post-traumatique persistant dans les suites d'un accident grave de la circulation avec séquelles somatiques (F 43.1) n'apparaît pas convaincant. En effet, ce diagnostic est posé pour la première fois par ce médecin onze ans après l'accident survenu en 2007, ce qui le rend peu crédible, tout en sachant que le recourant a subi plusieurs examens psychiatriques depuis son accident et qu'il a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique régulier depuis 2008. Si certains médecins consultés ont évoqué des signes de stress post-traumatique, ils n'ont jamais posé ce diagnostic en tant que tel (cf. en particulier le rapport du 25 juin 2008 du

Dr F._____) et le rapport du 10 juillet 2013 du Dr R._____), considérant que le degré de gravité n'était pas suffisant afin de poser un tel diagnostic mais tenant tout de même compte de ces symptômes post-traumatiques dans le cadre du trouble comorbide respectif. Le diagnostic posé par le Dr H._____) n'est que peu motivé, celui-ci se contentant d'indiquer que « M. N._____) présente une anamnèse compatible avec un état de stress post-traumatique « typique » dans les suites de l'accident grave de la circulation survenu en date du 8 mai 2007 » et que cet état de stress « comprend tous les symptômes décrits dans l'anamnèse en qualité de symptômes typiques ». Il n'explique cependant pas pour quelles raisons il exclut d'autres diagnostics psychiatriques tel qu'une modification durable de la personnalité.

Il y a lieu également de relever que l'appréciation du Dr R._____) concorde avec celles des Drs F._____) et L._____) qui ont tous deux conclu à une symptomatologie anxio-dépressive. L'appréciation du Dr H._____) ne trouve en revanche aucune assise.

En outre, le rapport d'expertise du Dr H._____) souffre de quelques lacunes relevées par la Dre Q._____) dans son avis du 30 avril 2019. En effet, il n'est pas fait état, dans le rapport d'expertise du Dr H._____), de l'examen réalisé par le Dr R._____) le 18 mai 2015. Or quoiqu'en dise le recourant, un expert doit prendre en compte tous les rapports utiles à son appréciation. A cet égard, le rapport du 10 juin 2015 faisant suite à la consultation du 18 mai 2015 revêt une importance considérable dans l'appréciation du cas au niveau psychiatrique. Ainsi, en omettant d'en tenir compte dans son rapport et en n'expliquant pas pour quelles raisons il s'en distancie, le Dr H._____) a fait preuve de négligence.

Le Dr H._____) mentionne que le diagnostic principal posé (PTSD) exerce un effet limitatif majeur sur le fonctionnement global de l'expertisé, que ce soit dans les relations interpersonnelles en raison d'un seuil de tolérance abaissé, la mobilité en raison de résidus post-traumatiques persistants, la qualité de vie relationnelle dans le couple et

bien évidemment aussi et surtout la capacité d'adaptation dans un environnement professionnel, en précisant que la limitation s'appliquait à toute activité professionnelle comme en témoignaient les tentatives de réinsertion. Or la réorientation professionnelle du recourant effectuée sous l'égide de l'Al a, au contraire, démontré que celui-ci pouvait assumer une activité d'aide-comptable à un taux de 50%. En outre les médecins de la CNA ont constaté que le recourant présentait une autonomie complète dans les activités de la vie quotidienne et que le patient n'évoquait plus de problèmes relationnels avec son épouse et sa fille (cf. rapport du 10 juin 2015). Là encore, l'appréciation du Dr H. _____ diverge de celle des médecins de la CNA sans pour autant être motivée.

Les médecins de la CNA ont mentionné que des facteurs contextuels, plus que les douleurs ou les hypothétiques effets secondaires de la médication, étaient responsables de l'incapacité du recourant à mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. Or cette appréciation peut se vérifier à la lecture du dossier. En effet, on peut constater que lors des mesures de réorientation professionnelle mises sur pied par l'OAI, l'état psychique du recourant s'était amélioré (cf. rapports du Dr F. _____ des 26 juillet 2010 et 26 août 2011), alors que sur le plan somatique, les douleurs étaient toujours bien présentes (cf. rapport des Drs G. _____ et R. _____ du 17 avril 2012). Ainsi, il apparaît que l'état de santé psychique du recourant peut varier en fonction de facteurs extérieurs aux séquelles de l'accident. Or, H. _____ n'aborde pas du tout cette question.

Il y a, en définitive, lieu de constater que l'expert H. _____ procède à une appréciation différente d'un même état de fait et que son rapport, qui est incomplet, n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions bien étayées du Dr R. _____ qui reposent sur une connaissance approfondie du dossier, sur un examen clinique et qui tient compte de l'anamnèse et des plaintes du patient.

On relèvera encore que l'argument invoqué par le recourant selon lequel la Dre Q. _____ ne l'a jamais rencontré contrairement au Dr H. _____ ne lui est d'aucune utilité. En effet, il ne s'agit pas de comparer

les appréciations de ces deux médecins mais uniquement pour la Dre Q. _____ de répondre à la question de savoir si le rapport d'expertise du Dr H. _____ est susceptible de faire douter des conclusions des Drs G. _____ et R. _____, ce à quoi la Dre Q. _____ répond par la négative après un examen fouillé des différents rapports en cause.

Enfin, l'écart temporel entre les appréciations des médecins de la CNA et la situation médicale actuelle du recourant ne suffit pas à lui seul à remettre en cause l'avis des Drs G. _____ et R. _____.

c) En définitive, la CNA était fondée à retenir que le recourant présentait une capacité de travail de 50% dans l'activité d'aide-comptable.

6. Le calcul relatif au degré d'invalidité n'étant pas contesté par le recourant, il n'y a pas lieu d'y revenir plus avant.

7. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'espèce, la Cour de céans ayant été en mesure de statuer sur la base des éléments médicaux figurant au dossier, la requête d'expertise pluridisciplinaire s'avère inutile et doit être rejetée.

8. **a)** En conclusion, 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 et que l'intimée agit en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

c) Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC). Celui-ci a produit une liste d'opérations en date du 4 mars 2020. L'assistance judiciaire ayant été octroyée dès le 23 décembre 2016, il convient de retrancher toutes les opérations qui ont eu lieu avant cette date, soit entre le 23 janvier 2015 et le 15 décembre 2016, ce qui représente un total de 3 heures et 30 minutes. Les autres opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Flore Primault est arrêtée à 4'367 fr. 60 (2'305 fr. 20 [2'040 fr. + 163 fr. 20 + 102 fr.] + 2'062 fr. 40 [1'830 fr. + 140 fr. 90 + 91 fr. 50] ; débours et TVA compris).

Le recourant est encore rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 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 25 novembre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Flore Primault, conseil du recourant, est arrêtée à 4'367 fr. 60 (quatre mille trois cent soixante-sept francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour N. _____),
- Me Olivier Derivaz (pour Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- 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 :