

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 mai 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Dormond Béguelin et Férolles, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Rachid Hussein, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 6 al. 1 et 18 ss LAA**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé, à plein temps depuis le 3 février 2014, comme coffreur par la société B. \_\_\_\_\_ SA à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 13 juin 2014, l'assuré a chuté d'un échafaudage d'une hauteur de 1,5 mètre. Le travail a dû être interrompu (déclaration de sinistre du 17 juin 2014 établie par l'employeur). A. \_\_\_\_\_ a séjourné, du 13 au 14 juin 2014, au Service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) où il a exposé être tombé de 3 à 4 mètres avec réception sur le dos et les côtes à droite. La Dresse I. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, a diagnostiqué une contusion du dos et du thorax, une fracture déplacée de la 11<sup>ème</sup> côte postérieure à droite, des fractures non déplacées des 10<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> côtes postérieures à droite, une bulle d'air sous-pleurale compatible avec une lacération pulmonaire, une hypodensité de 6 millimètres de la pointe inférieure de la rate pouvant correspondre à une petite contusion. Le traitement était conservateur avec antibiotique et antalgique, puis alliait de la physiothérapie. L'incapacité de travail était totale, initialement jusqu'au 20 juin 2014, puis régulièrement prolongée par les médecins.

La CNA a pris en charge les suites (frais médicaux et indemnités journalières) de l'accident. L'employeur a été déclaré en faillite avec effet à partir du 23 octobre 2014.

Dans un rapport du 19 décembre 2014, les Drs E. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et H. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) du CHUV, ont posé le diagnostic de fractures costales 10 à 12 postérieures droites, avec toutefois une suspicion de syndrome douloureux régional complexe (CRPS de type 1). L'évolution, peu favorable, se caractérisait par la persistance de douleurs chroniques

chez l'assuré, localisées à la palpation dans la zone initialement fracturée. Une légère asymétrie de température ainsi qu'une moiteur de la peau étaient observées sur cette zone. Le derme paraissait légèrement infiltré à la palpation. Le fait de toucher la zone citée déclenchait une sensation à type de dysesthésies et paresthésies. L'inspiration forcée engendrait des sensations douloureuses en pointes. L'assuré adoptait une position antalgique légèrement pliée vers la droite. Le traitement mis en œuvre alliait la prise de Lyrica® (schéma progressif), de Miacalcic® 200, de Dafalgan® (réserve), de Tramadol® (réserve) et de la physiothérapie (2x/semaine).

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion, du 13 mai au 10 juin 2015. Dans leur rapport de sortie du 17 juillet 2015, les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et W.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

#### “DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs latéro-thoraciques droites chroniques.

#### DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Chute d'un échafaudage le 13.06.2014 avec :
  - fractures de l'arc postérieur des 10 et 11<sup>èmes</sup> côtes et à la base de la 12<sup>ème</sup> côte à droite
  - lacération pulmonaire
  - minime contusion splénique
  - probable lacération trachéale
- Séquelles de dystrophie rachidienne de croissance lombaire
- Troubles anxieux et dépressif mixte”

Au moment d'apprécier la situation, ces spécialistes ont notamment indiqué que, sur le plan orthopédique, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC), suspecté par leurs confrères de la PMU, n'était pas confirmé. Les médecins de la CRR privilégiaient celui de séquelles de fracture de côtes. Un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2015 de scintigraphie osseuse, pratiquée le 21 mai 2015 en vue du dépistage d'un syndrome douloureux régional complexe de l'hémi-thorax,

n'avait pas mis en évidence d'anomalie pouvant expliquer les douleurs. En référence à un consilium psychiatrique du 22 mai 2015, les médecins ont constaté également le développement d'un trouble anxieux et dépressif mixte. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées. La participation aux thérapies avait été jugée faible chez un patient centré sur la douleur, ayant manqué plusieurs thérapies et n'ayant pas pu s'engager dans le programme de rééducation proposé. Toutefois, hormis le fait qu'il sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles, aucune incohérence n'avait été relevée au cours du séjour.

L'assuré a consulté auprès du Service d'anesthésiologie et Centre d'antalgie du CHUV le 19 janvier 2016. Dans un rapport du 22 janvier 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, a posé le diagnostic de douleurs neuropathiques après fractures costales multiples. Sous la rubrique « anamnèse » du rapport, ce médecin exposait que « devant les douleurs typiques neuropathiques après lésion nerveuses sur les fractures costales », il avait pratiqué un bloc intercostal à trois niveaux (D10-D12) en vue d'endormir la zone symptomatique. L'assuré sentait un soulagement après l'infiltration, ce qui laissait penser que le bloc était positif et donc qu'il était nécessaire de le répéter à distance.

Dans un rapport du 25 avril 2016 adressé à la CNA, les Drs Q.\_\_\_\_\_, chef de clinique, et T.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, de la PMU, ont diagnostiqué des douleurs neuropathiques après fractures costales multiples ainsi que des troubles anxieux et dépressifs mixtes. Un nouveau rendez-vous au Centre d'antalgie du CHUV était prévu le 27 avril 2016 afin de répéter un nouveau bloc à distance. Ces médecins notaient une évolution défavorable, avec des douleurs chroniques, une situation précaire et une impossibilité de pouvoir se projeter dans l'avenir qui impactaient de manière majeure le psychisme de l'assuré.

Dans un rapport intermédiaire complété le 24 juin 2016, les Drs R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en psychiatrie et en

psychothérapie, ont diagnostiqué un trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen, avec symptômes somatiques. Malgré l'introduction d'un traitement antidépresseur (Cymbalta® 60mg) à l'automne 2015 l'évolution demeurait peu favorable, d'où un pronostic réservé. Une adaptation du traitement antidépresseur (dosage) était en cours. Une prise en charge pluridisciplinaire, moyennant des consultations spécialisées toutes les deux semaines, devait être poursuivie.

Toujours dans le cadre de l'instruction par l'assureur-accidents, l'assuré ne s'est pas présenté à l'examen chez le médecin d'arrondissement du 16 août 2016, ni à la convocation que lui avait adressé le neurologue-conseil pour le 5 septembre 2016. Après l'envoi d'une sommation le 15 septembre 2016, l'assuré a été reçu en consultation le 11 octobre 2016 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 18 octobre 2016, ce médecin a émis les considérations suivantes :

“APPRECIATION :

On se trouve maintenant à un an et demi de l'évaluation effectuée à la CRR, sans modification significative de la symptomatologie algique et du status clinique, malgré les différentes approches antalgiques et physiothérapeutiques.

Pour ma part, il me paraît raisonnable de retenir le diagnostic de douleurs latéro-thoraciques inférieures droites chroniques, non évolutives, dans le cadre de troubles anxieux et dépressifs mixtes.

Il n'y a pas d'arguments pour suspecter une douleur neuropathique. Le patient ne donne pas une description qui corresponde à cette caractéristique et l'absence de réponse thérapeutique que ce soit au Lyrica ou aux blocs intercostaux, tout au moins jusqu'à ce jour, rendent ce diagnostic moins vraisemblable.

Je ne vois pas d'indication à d'autres investigations, notamment neuroradiologiques.

A mon avis le pronostic de récupération est réservé. On peut toutefois se donner encore un temps d'observation après l'infiltration qu'il a subie il y a quelques jours et voir si éventuellement le centre d'antalgie du CHUV a d'autres propositions.

On a par ailleurs dépassé les 2 ans par rapport [au] traumatisme responsable de la symptomatologie actuelle. Pour ma part je doute qu'une amélioration significative survienne. Il serait par contre utile

d'avoir également l'avis du psychiatre qui le suit pour voir s'il a lui aussi l'impression [de] la situation qui stagne et pour quelles raisons.

S'il n'y a vraiment aucune amélioration dans les 6 mois à venir, je pense que la relation de causalité naturelle et adéquate avec le traumatisme accidentel perdrait sa vraisemblance, mais il faudrait alors une expertise pluridisciplinaire pour se prononcer de façon formelle."

Le 14 décembre 2016, l'assuré a été examiné par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, ce médecin a constaté un examen dominé par une exclusion fonctionnelle de l'hémicorps droite. Objectivement, les épaules étaient souples. Il n'y avait pas de signe de conflit ni d'atteinte de la coiffe des rotateurs et la mobilité active était complète des deux côtés. Il n'y avait pas de déformation de l'hémi-thorax droite qu'on pouvait toucher et palper sans réaction particulière de l'assuré. Il n'y avait pas de discoloration, pas de tuméfaction, pas d'hypersudation, pas d'autre signe réactif ou dystrophique manifeste. Il n'y avait pas d'allodynie, pas de signe de Tinel. Il n'y avait pas non plus de syndrome lombo-vertébral. La manœuvre de Lasègue se heurtait immédiatement à des contre-pulsions, comme l'examen des hanches et des genoux. Les réflexes ostéo-tendineux étaient normo-vifs, symétriques. Le tonus et la force musculaire étaient conservés à tous les niveaux. L'assuré décrivait une anesthésie un peu globale de toute la partie droite du tronc, non systématisée. Le Dr S.\_\_\_\_\_ concluait son analyse en observant que l'assuré, plaignant (qui affichait d'emblée un comportement douloureux extrêmement marqué, avec d'incessantes contorsions, s'accompagnant d'un visage fermé) avait été victime d'un traumatisme thoracique de gravité moyenne qui s'était compliqué de douleurs très importantes dont le caractère neuropathique était « plus que discutable » et de troubles psychiques dont l'authenticité était sujette à caution. Du point de vue objectif, l'assuré semblait guéri, sans séquelles objectives, ce qui justifiait, selon le médecin-conseil de la CNA, la clôture du dossier.

Par décision du 23 décembre 2016, la CNA a confirmé la fin du droit aux prestations au 31 décembre 2016 en l'absence de rapport de

causalité entre les atteintes à la santé persistant postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2017 et l'accident du 13 juin 2014.

Le 1<sup>er</sup> février 2017, l'assuré, par son conseil en la personne de Me Rachid Hussein, s'est opposé à la décision précitée, en concluant à son annulation, à la reprise de l'instruction du dossier par le biais d'une expertise pluridisciplinaire (notamment neurologique et psychiatrique), et à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2016.

Le 13 février 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 23 décembre 2016 en l'absence d'atteintes organiques permettant d'expliquer les douleurs et les limitations relatées ainsi que d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 13 juin 2014. Il pouvait par ailleurs être renoncé à la mise en œuvre de l'expertise sollicitée.

**B.** Par acte du 23 mars 2017, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Rachid Hussein, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dont le taux et le montant « sera précisé en cours d'instance », avec intérêt à 5% l'an en sus. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction puis nouvelle décision. En substance, il reproche, d'une part, à l'assureur-accidents de nier à tort l'existence d'un lien de causalité (naturelle et adéquate) entre les troubles psychiques persistants et l'accident de juin 2014. D'autre part, le recourant soutient présenter des douleurs importantes et continues de type neuropathique, après fractures costales multiples, en faisant grief à la CNA de ne pas avoir suivi les recommandations du Dr L.\_\_\_\_\_ et procéder à un examen complémentaire avant de statuer. A titre de mesure d'instruction, le recourant demande qu'une expertise pluridisciplinaire (neurologique et psychiatrique notamment) soit ordonnée par le tribunal. Il requiert également le bénéfice de l'assistance judiciaire,

soit la désignation de son mandataire comme avocat d'office. Sous le bordereau de pièces joint à l'acte de recours, figurent notamment :

- une attestation établie le 9 mars 2017 à la demande du recourant dans laquelle, les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, G.\_\_\_\_\_, et O.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, de la Consultation de psychiatrie de liaison à la PMU, s'expriment notamment comme il suit :

“[...] Le diagnostic d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques a été retenu. Nous relevons que ce trouble psychique majeur est apparu dans les suites d'un accident, survenu le 13 juin 2014, le patient n'ayant pas d'antécédents psychiatriques auparavant. Après plusieurs essais de différents traitements antidépresseurs (avec apparition d'effets indésirables sévères ou des troubles de la métabolisation), le patient est actuellement sous Venlafaxine (Efexor®) 150 mg le matin, Prégabaline (Lyrica®) 100 mg le matin, 300 mg le soir et Zopiclone (Imaovane®) 7,5 mg au coucher. Le suivi psychiatrique et psychothérapeutique de Monsieur A.\_\_\_\_\_ nous semble indispensable, avec des consultations jusqu'à une ou deux fois par semaine pendant les périodes de crise, conjointement avec le suivi bimensuel par son médecin généraliste.

[...]

Le pronostic reste étroitement lié à l'évolution de la problématique physique et, en particulier, des douleurs. En effet, l'absence d'évolution favorable par rapport aux séquelles physiques de l'accident exacerbe le sentiment dépressif, la perte d'espoir, l'anxiété, les sévères troubles du sommeil et la tension interne. A leur tour, les symptômes anxieux et dépressifs viennent exacerber les douleurs. Vu la complexité de ce cas clinique, une expertise multidisciplinaire nous semble nécessaire.

Malgré les différents traitements psychothérapeutiques, pharmacologiques et antalgiques proposés, auxquels le patient adhère volontiers, il reste à l'heure actuelle dans une incapacité de travail de 100%, et ce, depuis deux ans. De plus, les perspectives sociales et professionnelles peu claires ont un impact négatif, tant sur la symptomatologie dépressive, que sur les douleurs.” ;

- un rapport du 13 mars 2017 adressé au conseil du recourant, dans lequel le Dr P.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de douleurs neuropathiques après fractures costales multiples et d'état dépressif réactionnel. Ce médecin confirme que les douleurs thoraciques (très médiales des articulations facettaires de D10-L1) droites apparues après une chute en 2014 sont clairement d'allure neuropathique (score de DN4 : 7/10), avec une composante réactionnelle d'état dépressif. Les traitements, à savoir des

infiltrations des nerfs intercostaux sous ultrasons positifs, ont motivé les médecins à pratiquer une dénervation par cryothérapie des intercostaux, de la 9<sup>ème</sup> à la 11<sup>ème</sup> côte à droite, les 10 octobre et 3 novembre 2016. Le patient poursuit la physiothérapie, entre les séances, ainsi que l'application de patchs locaux de Lidocaïne et le traitement médicamenteux. Selon le Dr P. \_\_\_\_\_, le pronostic quant à une reprise du travail demeure très réservé.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> septembre 2017, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 13 février 2017. Elle confirme l'absence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques résiduels et l'accident du 13 juin 2014. Elle se réfère pour le surplus à une détermination sur dossier établie le 20 juillet 2017 par le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, membre du Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, et dont ressortent en particulier les constatations suivantes:

#### "Conclusion

Suite à un traumatisme du thorax inférieur droit en date du 14 [recte : 13].06.2014, M. A. \_\_\_\_\_ a subi des fractures postérieures des côtes X-XII à droite. A presque six mois de l'accident, il va consulter la PMU de [...] pour des douleurs dans la zone initialement fracturée. La zone douloureuse va s'élargir, s'étendant sur le versant antérieur du thorax, la cuisse et le dos. Un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), cas particulier d'une douleur neuropathique, est formellement exclu par les médecins de la CRR, des séquelles de fracture des côtes pouvant mieux expliquer la symptomatologie. Lors de la consultation de M. A. \_\_\_\_\_ à la PMU de [...] en avril 2016, nous apprenons que l'assuré présente des douleurs qui intéressent la région des côtes V à IX, laquelle n'était pas blessée lors du traumatisme qui nous occupe. De surcroît, M. A. \_\_\_\_\_ présente un syndrome sensitivomoteur droit, qui n'est pas non plus expliqué par une lésion traumatique.

L'organicité des douleurs persistantes peut donc être mise en doute pour plusieurs raisons :

1. Les descriptions de l'assuré concernant le caractère des douleurs sont très variables.
2. Les symptômes et signes dépassent la région thoracique initialement blessée, avec des troubles sensitivomoteurs sans substrat anatomo-pathologique.
3. Dès le début, M. A. \_\_\_\_\_ a présenté une comorbidité psychique importante en présence d'un contexte psychosocial

défavorable, éléments susceptibles de maintenir une souffrance dont l'origine organique s'est estompée.

4. Toutes les mesures visant à améliorer une douleur de type neuropathique, telles que le Lyrica, le Neurodol ou les blocs intercostaux, ont échoué ou ont eu un effet passager.

S'il est vrai que le Dr P. \_\_\_\_\_ a retenu, dès la première visite de M. A. \_\_\_\_\_ en janvier 2016 et également par la suite, une douleur de type neuropathique, son avis reste isolé par rapport aux autres médecins ayant examinés l'assuré et dont les conclusions m'apparaissent en l'occurrence plus fondées, pour les raisons évoquées ci-dessus.

Réponse aux questions

*L'assuré a produit notamment un rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2017 à l'appui de son recours. Ce spécialiste retient que les symptômes douloureux sont clairement d'allure neuropathique avec toutefois une composante réactionnelle d'état dépressif.*

*Ce rapport médical est-il de nature à modifier l'appréciation du médecin conseil du 14 décembre 2016 ?*

Non.

*Autres propositions thérapeutiques ou diagnostiques ?*

Aucune."

Par décision du 7 septembre 2017, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 mars 2017, soit l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Rachid Hussein.

Le recourant maintient ses conclusions au terme de sa réplique du 26 octobre 2017. Sollicitant à nouveau une expertise judiciaire avec spécialité de neurologie, il produit, à l'appui de son écriture, les pièces médicales suivantes :

- une attestation établie le 21 septembre 2017 à sa demande par les Drs D. \_\_\_\_\_, chef de clinique, et U. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, de la PMU. Selon ces médecins, en raison des douleurs et d'un état dépressif, actuellement sévère, le recourant est toujours incapable de travailler. Le traitement est actuellement le suivant :

- Lyrica® 100 mg-0-300 mg
- Tramadol® retard 100 mg 1-0-1
- Neurodol® Patch 1x/jour
- Dafalgan® 1 g 2x/jour

- Venlafaxine 150 mg 1-0-1
- Imovane® 7,5 mg au coucher
- Suivi régulier à la Consultation d'antalgie du CHUV, avec de multiples gestes d'antalgie interventionnelle (cryothérapie, infiltration facettaire, bloc para-vertébral, bloc intercostal).
- Suivi régulier à notre Consultation de médecine générale, ainsi qu'à la Consultation de psychiatrie de liaison de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne.
- Physiothérapie passive et active avec exercices de renforcement, à sec et en piscine." ;

- un rapport du 4 octobre 2017 à l'intention de son conseil des Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, du Centre d'antalgie du CHUV. Ces spécialistes évoquent, outre des douleurs neuropathiques après fractures costales multiples, un possible CRPS comme diagnostic non confirmé. Ils indiquent travailler sur les douleurs neuropathiques depuis le début 2015 avec des infiltrations répétées, des traitements topiques et systémiques ainsi que de la physiothérapie. Ils préconisent une prise en charge multimodale, en présence de douleurs neuropathiques longues et difficiles à traiter, avec en sus deux facteurs d'aggravation, à savoir l'état dépressif réactionnel et la situation plus que précaire du recourant.

Aux termes de sa duplique du 4 janvier 2018, la CNA maintient les conclusions de sa réponse du 1<sup>er</sup> septembre 2017. Elle produit en ce sens, un nouvel avis sur dossier du 20 novembre 2017 du Dr A.\_\_\_\_\_, auquel elle se réfère, et qui prend position comme il suit sur les pièces dont se prévaut le recourant en réplique :

#### "Appréciation

Les médecins du CHUV réitèrent les conclusions du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du même Centre d'antalgie (13 mars 2017) qui a décrit une « allodynie claire à la palpation de la région thoracique postérieure droite avec hyperalgésie au toucher, piquer. Egalement palpation de la colonne dorsolombaire sensible lors de la mise en extension. ».

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a estimé que les symptômes douloureux sont d'allure neuropathique (score de DN4 à 7/10) avec une composante réactionnelle d'état dépressif. Les Drs D.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ et les Drs N.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ n'apportent pas d'aspect nouveau par rapport à l'avis émis par le Dr P.\_\_\_\_\_.

Or, la question des douleurs à caractère neuropathique chez l'assuré a déjà été discutée in extenso à l'occasion de l'appréciation précédente. Nous prions les parties de s'y référer.

#### Conclusion

Faute de nouveaux faits médicaux, la prise de position de la Suva peut être maintenue.

#### Réponse aux questions

*Aussi, se pose la question de savoir si au vu de ces nouveaux documents notamment, l'appréciation de nos médecins peut être maintenue et pour quels motifs.*

Les conclusions des appréciations médicales précédentes peuvent être maintenues.

*Autres propositions ?*

Aucune."

Une copie de cette écriture a été transmise au recourant pour son information.

Par ordonnance du 27 mars 2018, le juge instructeur a informé les parties du rejet de leurs réquisitions de preuves dans la mesure où il n'y avait pas déjà été donné suite. Un délai a également été imparti au conseil d'office du recourant pour produire, le cas échéant, une liste des opérations accomplies.

Le 12 avril 2018, Me Hussein a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

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

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), 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).

**b)** En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile et devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** La contestation porte en l'occurrence sur le droit du recourant à des prestations (rente d'invalidité) de l'assurance-accidents postérieurement au 31 décembre 2016. Il s'agit, plus particulièrement, de déterminer s'il présente encore des séquelles physiques ou psychiques de l'accident du 13 juin 2014. En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects des prestations litigieuses. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

**b)** On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**3. a)** En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

**c)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.1 et 8C\_433/2008

du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_895/2011 du 7 janvier 2013 consid. 5.1, 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (ATF 126 V 319 consid. 5a).

La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (*statu quo sine*) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C\_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2, 8C\_551/2012 du 26 juin 2013 consid. 2, 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2, 8C\_805/2007 du 20 août 2008 consid. 2 et les références citées); 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; TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 et 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). 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.

**d)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin

(cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_715/2016 du 6 mars 2017 consid. 5.1 et 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**4. a)** En l'espèce, la CNA s'estime fondée à nier sa responsabilité concernant la prise en charge des conséquences de l'accident du 13 juin 2014 qui perdurent au-delà du 31 décembre 2016 en l'absence de toute atteinte à la santé incapacitante et de causalité entre les troubles psychiques et l'accident. Elle se base à cet égard sur les constatations et les conclusions des Drs L.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ de novembre, respectivement décembre, 2016. Elle produit également, en procédure de recours, deux appréciations établies sur dossier les 20 juillet et 20 novembre 2017 par son médecin-conseil le Dr A.\_\_\_\_\_, auxquelles elle se rallie.

De son côté, le recourant se plaint d'un manque d'instruction du dossier de la part de la CNA et persiste dans ses contestations. Il souligne toujours souffrir de douleurs thoraciques à droite, avec un substrat organique neuropathique et une composante réactionnelle d'état dépressif en lien de causalité avec l'accident de juin 2014. Produisant des avis des médecins du Centre d'antalgie du CHUV, il allègue l'existence de contradictions au dossier quant à l'origine de ses douleurs au thorax. Il fait valoir également que la CNA aurait dû suivre les recommandations du Dr L.\_\_\_\_\_, neurologue, relatives à une expertise pluridisciplinaire. Il estime présenter une totale incapacité de travailler qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**b)** Dans le cas présent, plusieurs médecins posent le diagnostic de douleurs d'origine neuropathique. Il est vrai qu'au terme de sa consultation du 11 octobre 2016 le Dr L.\_\_\_\_\_ a sérieusement mis en

doute ce diagnostic, de même que le Dr S. \_\_\_\_\_ un mois plus tard. Le Dr L. \_\_\_\_\_ indique notamment que l'assuré ne donne pas une description qui corresponde à des douleurs neuropathiques et mentionne l'absence de toute réponse thérapeutique au Lyrica® ou aux blocs intercostaux. On observera toutefois qu'un seul bloc intercostal de la 9<sup>ème</sup> à la 11<sup>ème</sup> côte à droite avait été réalisé le 10 octobre 2016, lorsqu'il a examiné l'assuré, avec des résultats qui, dans l'immédiat, étaient positifs. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs pris soin de réserver une décision définitive après l'infiltration locale réalisée le jour précédent, ce qui témoigne qu'il n'avait pas totalement exclu, à ce stade, des douleurs neurologiques. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a également réservé d'éventuelles propositions de traitement au Centre d'antalgie du CHUV et n'a proposé de nier la causalité naturelle entre les atteintes à la santé et l'accident que dans un délai de six mois et sur la base d'une expertise pluridisciplinaire (rapport du 18 octobre 2016, p. 4). Au vu de son contenu, un tel rapport ne permettait pas à la CNA de statuer en connaissance de cause et d'exclure toute atteinte à la santé physique, comme elle l'a fait. Il en va de même du rapport établi le 14 décembre 2016 par le Dr S. \_\_\_\_\_. Ce dernier semble surtout constater des plaintes disproportionnées, mais en conclut rapidement - et sans motivation approfondie - à l'absence d'origine neuropathique aux douleurs « très importantes » causées par un traumatisme thoracique qu'il estime comme étant de gravité moyenne. Or, s'il est vrai qu'une éventuelle atteinte neuropathique n'expliquerait probablement qu'une partie des plaintes, il n'en reste pas moins qu'elle pourrait justifier une poursuite de traitement, ainsi que certaines limitations fonctionnelles requérant un changement d'activité, ceci indépendamment de l'atteinte anxio-dépressive diagnostiquée. Par ailleurs, elle pourrait constituer un critère à prendre en considération pour apprécier la relation de causalité adéquate entre cette atteinte psychique et l'accident, à supposer que la causalité naturelle puisse être établie. Dans ce contexte, comme l'a souligné le Dr L. \_\_\_\_\_, une expertise pluridisciplinaire était donc bien nécessaire pour permettre à l'intimée de statuer en connaissance de cause sur l'état de santé global de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, et par suite de gain.

Les pièces médicales produites par les parties en cours de procédure ne modifient pas cette appréciation, au contraire. Les rapports dont se prévaut le recourant confirment que les médecins traitants se prononcent plutôt en faveur de douleurs – ou une partie d’entre elles tout au moins – qui présentent une origine neuropathique. De son côté, le Dr A.\_\_\_\_\_, qui procède à une analyse strictement théorique du dossier, sans avoir réalisé aucun examen clinique, émet de forts doutes sur l’argumentation des médecins traitants. Son avis ne saurait toutefois se substituer à une expertise médicale pluridisciplinaire ordonnée conformément à l’art. 44 LPGA. En l’état du dossier, il est donc impossible d’exclure au degré de vraisemblance prépondérante requis, l’existence de douleurs et limitations fonctionnelles d’origine neuropathique dont l’interaction avec l’atteinte anxio-dépressive concourrait à l’absence d’évolution favorable des suites de l’accident du 13 juin 2014.

**c)** Compte tenu des lacunes d’instruction relevées, il s’avère que les faits pertinents n’ont pas été constatés de manière complète. L’état de santé du recourant pris dans sa globalité et ses conséquences éventuelles sur sa capacité de travail n’ont pu être établies de manière probante. Il se justifie par conséquent d’ordonner le renvoi de la cause à la CNA, à qui il appartient au premier chef d’instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l’art. 43 al. 1 LPGA. Il incombera ainsi à l’intimée d’ordonner une expertise pluridisciplinaire, comprenant au moins un volet neurologique et psychiatrique, conformément à l’art. 44 LPGA. Cette expertise devra permettre d’établir, le cas échéant, si et à partir de quand le *statu quo sine / ante* peut être considéré comme atteint. Une telle expertise est d’autant plus nécessaire qu’il s’agira de faire la part des choses entre d’éventuelles douleurs et limitations fonctionnelles d’origine neuropathique, si elles sont établies, et les conséquences d’éventuels troubles psychiques ou d’une exagération des symptômes par l’intéressé. Cela fait, il appartiendra ensuite à l’intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur son éventuelle obligation de prester postérieurement au 31 décembre 2016.

**5. a)** Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée sous suite de renvoi à l'intimée pour complément d'instruction avant nouvelle décision.

**b)** La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause, avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), qu'il y a lieu de fixer à 4'000 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire. Cette somme couvre intégralement l'indemnité qui devrait être allouée au titre de l'assistance judiciaire de sorte que l'on peut renoncer à fixer plus précisément le montant de cette indemnité d'office.

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 13 février 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

**IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. \_\_\_\_\_ le montant de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Rachid Hussein (pour A. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :