

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 mars 2018

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Feusi et M. Gutmann, assesseurs  
Greffier : M. Klay

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Alessandro Brenci, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4, 7, 8 al. 1, 16, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 18 et 19 al. 1  
LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en 1965, a été victime d'accident de la voie publique en 1990 et d'un autre en 1992 consistant en une chute de plusieurs mètres sur son lieu de travail. Selon l'assuré, des douleurs cervico-dorso-lombaires auraient suivi ces deux accidents. En 1992, il a suivi une cure de hernie ombilicale à [...].

**B.** L'assuré a été engagé dès le 12 octobre 2015 en qualité de chauffeur-livreur auprès de H.\_\_\_\_\_ SA, au bénéfice d'un contrat de durée déterminée dont le terme était fixé au [...] 2015 et, à ce titre, était assuré obligatoirement auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels. Son salaire s'élevait à 23 fr. de l'heure, moyennant un horaire de quarante-cinq heures par semaine, et aucun treizième salaire n'était prévu.

**C.** Par « *déclaration de sinistre LAA* » du 7 décembre 2015, H.\_\_\_\_\_ SA a annoncé à la CNA que l'assuré avait été victime d'un accident le 18 novembre 2015, lors duquel il avait glissé dans le parking de l'entreprise et s'était rattrapé avec la main droite. Il était indiqué que l'assuré s'était blessé à la main droite et qu'il n'avait pas interrompu son travail à la suite de l'accident.

Dans l'intervalle, dans un rapport du 2 décembre 2015 consécutif à un bilan radiologique post-traumatique du rachis cervical face/profil, rachis lombaire en de Sèze profil et poignet droit face/profil, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à ce qui suit :

**« Au niveau cervical :**

**Rectitude cervicale, sans lésion traumatique décelable.  
Séquelle traumatique ligamentaire antérieure en C6-C7.  
Discrète cervicarthrose C5-C6 et C6-C7.**

**Au niveau lombaire :**

**Discrètes atteinte dégénérative étagée, sans lésion traumatique visible.**

**Au niveau du poignet droit :  
Fracture diaphysaire distale transverse du radius. »**

Par certificat médical du 11 décembre 2015 faisant suite à un examen du 1<sup>er</sup> décembre 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté une incapacité de travail du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2015, pour cause d'accident. Par la suite, une incapacité de travail a été prolongée jusqu'au 31 août 2017.

Par courrier du 14 décembre 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de son accident professionnel du 18 novembre 2015. Elle a précisé qu'aucune indemnité journalière ne serait versée car la période d'incapacité de travail était inférieure aux trois jours du délai de carence.

Au terme d'un examen radiologique du genou droit face/profil du 16 décembre 2015, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a écrit ce qui suit :

**« Indication :**

Accident.

Douleurs

**Description :**

La congruence articulaire est conservée.

La texture osseuse est sans anomalie.

Pas d'épanchement intra-articulaire.

Par d'autre anomalie par ailleurs. »

Par « *rapport médical initial LAA* » du 11 janvier 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ a exposé qu'il avait fourni les premiers soins à l'assuré en date du 23 novembre 2015 et que, selon les déclarations de l'intéressé, celui-ci avait glissé, s'était rattrapé sur la main droite et avait en même temps subi un choc au dos. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une fracture du radius droit et signalé des douleurs cervicales, thoraciques, lombaires et à la main droite.

Par lettre du 25 janvier 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 18 novembre 2015 et que son droit à l'indemnité journalière était de 118 fr. par jour calendaire, avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2015.

Les 8 février et 9 mars 2016, la Dresse O.\_\_\_\_\_, médecin praticien au sein du Service de chirurgie plastique et de la main du Département de l'appareil locomoteur du Centre DF.\_\_\_\_\_, (ci-après : DF.\_\_\_\_\_), a prescrit à l'assuré des séances d'ergothérapie, en raison d'un diagnostic de syndrome Sudeck post fracture de l'épiphyse distale du radius droit peu déplacé.

Par rapport médical du 14 avril 2016 adressé au Dr M.\_\_\_\_\_, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a notamment écrit ce qui suit :

« [...]

**APPRECIATION :**

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, on peut donc raisonnablement écarter une neuropathie compressive pour les troncs médian et cubital au passage du poignet ou du coude au niveau du MSD [membre supérieur droit]. Je n'ai par ailleurs aucun élément en faveur d'une atteinte neurogène au niveau des myotomes C6, C7 et C8 à droite, ce qui écarte une souffrance radiculaire significative. Peut-être faut-il compléter les investigations par une exploration radiologique au niveau de l'épaule et du rachis cervical ? [...]

Au terme d'un examen du 25 avril 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a notamment écrit ce qui suit :

« [...]

**Appréciation**

[...]

Actuellement, le patient dit qu'il n'arrive pas à se remettre. Il a des douleurs en bracelet du poignet D [droit] qui irradient dans tout le MSD, s'accompagnant de fourmillements dans les doigts. Alors que l'évolution était relativement favorable sous un traitement

d'ergothérapie, le patient a vu ses douleurs s'aggraver après avoir été examiné récemment par un médecin cadre du Centre [...] qui a trop forcé. Il s'en est également suivi un gonflement et une recrudescence des douleurs nocturnes.

A l'examen clinique, chez un patient dont la thymie semble maintenue, sans être exclue, la main D est sous-utilisée.

Objectivement, l'épaule D est tout à fait souple, indolore à la mobilisation. Les signes du conflit sont négatifs. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels et leur mise sous tension n'est pas douloureuse. La mobilité active est complète. Il n'y a pas d'amyotrophie significative de l'avant-bras D. Le poignet D est légèrement élargi mais bien aligné, apparemment très sensible à la moindre sollicitation, surtout lors des mouvements de pronosupination, chez un patient dolent et expressif. La mobilité est modérément limitée avec une pronosupination complète. La main D est peut-être un peu plus pleine que la G [gauche] mais il n'y a pas de franche tuméfaction, pas d'hyperthermie, pas d'hyperhidrose, pas d'autre signe réactif ou dystrophique local. Le pouce et les doigts longs sont normo-fonctionnels mais il faut beaucoup insister pour que le patient les bouge. La force de serrage de la main D est réduite chez un patient qui ne semble pas donner toute la mesure de ses possibilités.

Sur les RX [radiographie] du 07.01.2016, on a une fracture extra-articulaire du radius distal D, peu déplacée, en bonne voie de consolidation. Il n'y a pas d'image de Sudeck.

Un examen neurologique avec ENMG [électroneuromyogramme] n'a rien montré de particulier.

Il y a donc une importante discordance entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives de l'examen radio-clinique chez un patient qui semble en situation précaire.

On va quand même l'adresser à la R. \_\_\_\_\_ [Clinique R. \_\_\_\_\_] au sens d'un bilan global.

Le patient, qui est tout à fait d'accord de se rendre dans cet établissement, est annoncé ce jour. »

L'assuré a séjourné à la Clinique R. \_\_\_\_\_ (ci-après : R. \_\_\_\_\_) du 24 mai au 14 juin 2016. A cette occasion, il a été examiné par plusieurs médecins et professionnels de la santé et les documents médicaux suivants en ont découlé : des radiographies de la main des deux côtés et du poignet droit du 30 mai 2016, un rapport d'ergothérapie du 10 juin 2016, un rapport de physiothérapie non daté, un rapport du 13 juin 2016 ensuite d'un consilium de chirurgie de la main, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du poignet droit du 13 juin 2016, un rapport du 15 juin 2016 ensuite d'un consilium psychiatrique et un

rapport ensuite d'un consilium de l'appareil locomoteur du 9 juin 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie à la R.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« [...]

### **DECLARATIONS DU PATIENT**

[...] Le patient déclare que les douleurs de nuque et du dos irradiant dans les membres remontent à de nombreuses années. Il estime qu'elles sont la conséquence de 2 accidents remontant à plus de 20 ans, le premier en 1990 (choc frontal en voiture) et le second en 1992 (chute d'un échafaudage). Ces accidents n'auraient pas causé de fracture. Le second accident aurait été suivi d'une hospitalisation au cours de laquelle une opération de la région ombilicale aurait été faite. Le patient explique qu'il y a eu des problèmes de reconnaissance par les assurances.

[...]

Les douleurs susmentionnées n'auraient jamais disparu et seraient même en augmentation depuis la chute du 18.11.2015. Il s'agit de douleurs étendues de la région lombo-sacrée à la région postérieure de la tête, s'accompagnant lors du maintien prolongé de la position debout ou à la marche, d'une faiblesse et d'un engourdissement de tout le membre inférieur droit et du membre inférieur gauche en-dessous du genou. [...]

[...]

### **IMAGERIE**

**Rx lombaires face + profil (couché ?)** : discrète spondylose étagée. Il y a peut-être une arthrose inter-apophysaire lombaire basse et une spondylolyse L5 droite.

**IRM du rachis total du 15.01.2016** : discrète voussure postérieure à grand rayon de courbure des disques C3-C4, C4-C5 et C5-C6, sans signification pathologique du point de vue clinique. A l'étage lombaire, discrète anomalie de signal de l'angle antéro-supérieur L3 et L5 de nature dégénérative. Discret bombement circonférentiel du disque L4-L5. Pas d'évidence pour une spondylolyse. Probablement un peu d'arthrose postérieure sans œdème osseux.

### **DIAGNOSTICS**

- **Douleurs cervico-dorso-lombaires irradiant dans les membres inférieurs, chroniques de nature non spécifique**
- **Discrets troubles dégénératifs lombaires**
- **Obésité**

### **APPRECIATION**

Ce ressortissant du [...] de 51 ans se plaint depuis de nombreuses années de douleurs étendues cervico-dorso-lombaires irradiant dans

les membres. Le patient met ses troubles en relation avec des accidents très anciens et annonce une accentuation à la suite de la chute du mois de novembre dernier.

Bien qu'il y ait un comportement douloureux très marqué, plusieurs symptômes et signes de non organicité et de nombreuses discordances (par exemple entre la DDS [distance doigts-sol] et la DDO [distance doigts-orteils] assis, ou entre la rotation cervicale durant l'entretien et la rotation cervicale sur demande), il est possible de réaliser un examen assez fiable. Je n'identifie pas d'anomalie certaine et reproductible cervico-dorso-lombaire. Les réflexes sont présents et symétriques, la force paraît conservée aux 4 membres. Il est beaucoup plus difficile d'apprécier la sensibilité.

Les examens d'imagerie à disposition ne montrent que de discrètes anomalies dégénératives banales, anomalies qui n'expliquent pas le tableau clinique.

Au total, le tableau douloureux étendu cervico-dorso-lombaire irradiant dans les membres inférieurs ne trouve pas une explication médicale claire.

L'examen de la sensibilité étant difficile, il est nécessaire de compléter le bilan multidisciplinaire par un examen neurologique de façon à exclure toute pathologie significative dans ce domaine. Je n'ai pas de proposition thérapeutique dans mon domaine de compétence et n'ai, en ce qui concerne le rachis, pas d'atteinte médicale qui puisse justifier une incapacité de travail. »

Par rapport médical de synthèse du 23 juin 2016, les Drs K.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en rhumatologie et médecin-assistant à la R.\_\_\_\_\_, ont notamment écrit ce qui suit :

« [...]

#### **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- **Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes au niveau du poignet droit.**

#### **DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- **18.11.2015 : chute avec fracture de l'EDR [épiphyse distale du radius] peu déplacée du poignet droit, traitement conservateur.**
- **Douleurs prédominant dans l'articulation radio-ulnaire distale droite, ulna avec variance positive en rapport avec la fracture du radius sur les radiographies du 30.05.2016.**
- **Synovite relativement diffuse du poignet et des tendons péri carpiens ainsi que discret œdème sous cutané dorsal sur l'IRM du 13.06.2016.**

#### **CO-MORBIDITES**

- **Hypertension artérielle.**
- **Symptomatologie dépressive traitée.**
- **Obésité (BMI [body mass index ; indice de masse corporelle] =32 kg/m<sup>2</sup>).**
- **Douleurs cervico-dorso-lombaires irradiant dans les membres inférieurs, chroniques.**
- **Discrets troubles dégénératifs lombaires.**

#### **ANTECEDENTS**

- **Hernie ombilicale opérée en 1992.**
- **AVP [accident de la voie publique] en 1990.**
- **Chute d'un échafaudage en 1992.**

#### **ALLERGIES**

- **Nihil**

[...]

#### **APPRECIATION ET DISCUSSION**

[...]

#### **Examens radiologiques :**

**02.12.2015 : RX rachis cervical F/P [face/profil] :** il n'y a pas d'arthrose. Mur postérieur bien respecté, mur antérieur aussi. Ligne des épineuses aussi. Il y a juste une petite ossification antérieure en C5-C6, C6-C7, ossification débutante du ligament commun vertébral antérieur.

**02.12.2015 : RX lombaire :** je ne vois pas de discopathie sur le cliché de profil. On note de très petits ostéophytes au coin supérieur de L5, au coin supérieur de L4 et de L3. De face, il y a un petit trouble statique, il n'y a pas de franche scoliose, sacro-iliaques normales, coxo-fémorales normales.

**02.12.2015 : RX poignet D F/P :** fracture de l'extrémité inférieure du radius engrenée, sans déplacement.

**07.01.2016 : RX poignet D F/P :** la fracture est en amélioration avec une condensation autour du trait, un cal qui est bien visible.

**15.01.2016 : IRM rachis** très discrète protrusion discale C3-C4, C4-C5 qui reste à distance de la moelle. Il n'y a pas d'hypersignal anormal au niveau de la moelle. Au total, IRM cervical dans la norme. Sur l'IRM lombaire, peut-être une très légère protrusion discale L4-L5. Les disques restent bien hydratés avec un nucleus pulposus bien visible. L'IRM est proche de la norme.

**30.05.2016 : RX main ddc [des deux côtés] - poignet D :** on observe une consolidation complète de la fracture de l'extrémité distale du radius à D. La variance ulnaire est légèrement positive par raccourcissement du radius. Pas de déminéralisation.

**13.06.2016 : IRM main et poignet droit :** synovite relativement diffuse du poignet et des tendons péri carpiens ainsi qu'un discret œdème sous cutané dorsal.

**Les diagnostics suivants** ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : **douleurs prédominant dans l'articulation radio-ulnaire distale droite, ulna avec variance positive en rapport avec la fracture du radius** sur les radiographies du 30.05.2016. **Synovite relativement diffuse du poignet et des tendons péri carpiens ainsi qu'un discret œdème sous cutané dorsal** Le diagnostic de SDRC [syndrome douloureux régional complexe] n'est pas retenu en l'absence de critères cliniques et radiologiques suffisants. **Douleurs cervico-dorso-lombaires irradiant dans les membres inférieurs, chroniques. Discrets troubles dégénératifs lombaires.** (cf consilium)

Sur le plan psychiatrique : **symptomatologie dépressive traitée** (Cf. rapport de psychiatrie). Il est proposé de continuer le Remeron.

Sur le plan neurologique : nihil. Pour rappel, le patient a eu une ENMG [électroneuromyogramme] avant de venir à la clinique (cf rapport du 14 04 2016 du Dr N. \_\_\_\_\_) qui était normal.

Autre : nihil.

Si prise en charge de problèmes médicaux ou investigations médicales significatives : **hypertension artérielle**. le traitement a été modifié dans le but d'une simplification avec une [sic] bon contrôle des tensions.

**Les plaintes et limitations fonctionnelles** s'expliquent **partiellement** par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

**Des facteurs contextuels** influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient ainsi que son retour au travail : absence de permis de travail, absence de formation qualifiée, pas de domicile fixe, isolement en Suisse, kinésiophobie modéré à sévère avec un score au questionnaire Tampa à 57, catastrophisation élevée avec un score au questionnaire PCS [Pain Catastrophing Scale] à 30, auto-évaluation des capacités fonctionnelles basses avec un score au questionnaire PACT [Performance Assessment and Capacity Testing] à 22 correspondant à un niveau d'effort inférieur à sédentaire, focalisation importante sur les douleurs, tendance à l'extension des plaintes (rachis) qu'il attribue à des anciens accidents suva en 1990 et 1992 et dont il estime qu'ils n'ont pas été bien pris en charge par l'assurance.

[...]

**L'évolution subjective et objective** est pas d'évolution significative (Cf. rapports et tests fonctionnels).

**La participation du patient** aux thérapies a été considérée comme faible à moyenne. Nous préconisons l'arrêt des thérapies en ambulatoire pour le moment au vu du peu d'impact de celles-ci.

**Des incohérences** ont été relevées : péjoration des tests de sortie (MSEC, bilan 400 points, Pile test, score de Constant,) alors même qu'il n'y a pas de changement clinique notable, en dehors des douleurs déclarées plus importantes qu'à l'entrée, Jamar très faible

(11kgs ) du côté sain en l'absence de pathologie du MSG [membre supérieur gauche], test des 6 minutes très bas (365 à 395 m) en l'absence de pathologie des membres inférieurs, plaintes dépassant largement les constatations objectives.

**Les limitations fonctionnelles provisoires** suivantes sont retenues : port de lourdes charge [sic], activités très répétitives et en force avec la main droite.

**La situation n'est pas tout à fait stabilisée du point de vue médical** et dépendra d'éventuelles propositions de la consultation de la main du DF. \_\_\_\_\_. S'il n'y a pas de propositions particulières, la situation pourra être considérée comme stabilisée.

**Aucune intervention** n'est proposée. Durant le séjour la [sic] patient a eu une consultation avec notre consultant en chirurgie de la main qui n'a pas proposé d'intervention chirurgicale. Il est retenu un cubitus un peu long du fait de la fracture du radius avec une articulation radio-ulnaire distale douloureuse. Il est proposé une éventuelle infiltration de la RUD [radio-ulnaire distal]. Une IRM a été faite le 13.06.2016, elle montre une synovite relativement diffuse du poignet (y compris de la RUD) et des tendons péri carpiens ainsi qu'un discret œdème sous cutané dorsal. Il n'y a pas d'atteinte osseuse. Cette IRM n'a pas été revue par notre consultant. Sur ses conseils un RDV [rendez-vous] avec la Dresse [...] chef de clinique au DF. \_\_\_\_\_ a été pris. Au vu de l'IRM une infiltration pourrait être proposée. L'origine de cette synovite n'est pas claire, probablement réactionnelle à la fracture.

**Le pronostic de réinsertion** dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs non-médicaux et médicaux. La [sic] patient exerce la profession de livreur de pneus avec passablement de charges lourdes.

**Le pronostic de réinsertion** dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est en théorie favorable mais risque d'être difficile en raison des facteurs contextuels.

[...] »

Au cours d'un entretien téléphonique du 27 septembre 2016 avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a indiqué qu'il avait vu le médecin du CHUV. Ce dernier n'avait, semblait-il, rien proposé de spécifique. De nouveaux examens radiologiques ou par IRM n'étaient pas prévus.

Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 24 novembre 2016 et a écrit le même jour ce qui suit :

« [...]

## Appréciation

[...]

Le patient dit qu'il n'y a pas beaucoup d'évolution depuis avril dernier. Il a toujours passablement de douleurs à la face dorsale du poignet D, qui irradient parfois dans tout le MSD, jusque dans la nuque, s'accompagnant de fourmillements et d'une sensation de brûlure. Les douleurs sont permanentes, également nocturnes, aggravées par la mobilisation. Le patient n'a pas de force. Il ne peut rien porter. S'il se force à utiliser sa main G [gauche], les douleurs s'exacerbent. Par ailleurs, le patient souffre passablement du dos, il a l'impression que l'accident a aggravé les choses.

A l'examen clinique, sans être exclue, la main D est toujours mise de côté.

Objectivement, le poignet D est modérément élargi par une synovite un peu diffuse, mais bien aligné, toujours très sensible à la moindre sollicitation surtout lors des mouvements de pronosupination, chez un patient assez plaintif. La mobilité active est limitée par les douleurs, mais passivement les amplitudes articulaires sont nettement améliorables et la pronosupination est complète quoique douloureuse. La main D est un peu empâtée, mais il n'y a pas de franche tuméfaction, pas d'hyperthermie, pas d'hyperhidrose, pas d'autre signe réactif ou dystrophique local. Le pouce et les doigts longs sont normo-fonctionnels mais il faut une nouvelle fois beaucoup insister pour que le patient les mobilise normalement. La force de serrage de la main D est réduite chez un patient qui ne semble pas donner toute la mesure de ses possibilités.

Sur les RX comparatives des mains du 30.05.2016, il y a effectivement un cubitus un peu long à D qui peut expliquer une souffrance de la radio-cubitale distale. Il y a aussi cette synovite un peu diffuse du poignet D, confirmée par une IRM du 13.06.2016, qu'on s'explique mal.

Du point de vue thérapeutique, je pense qu'il faut en rester là en présence de facteurs contextuels de mauvais pronostic tout à fait évidents (sous-utilisation de la main D, état dépressif, précarité) chez un patient qui me semble peu motivé à aller mieux.

S'agissant des cervico-dorso-lombalgies chroniques, il n'y a aucun indice concret qui permette de penser que l'accident du 18.11.2015, une chute banale, les ait aggravées.

Si c'était quand même le cas, il ne fait aucun doute que le statu quo sine est atteint, voire le statu quo ante rétabli, à une année de cet événement.

Les limitations fonctionnelles retenues lors du séjour à la R. \_\_\_\_\_ peuvent être considérées comme définitives.

Dans une activité respectant ces limitations, il est clair que la capacité de travail est entière.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 5 % peut être retenu par analogie avec une arthrose radio-carpienne débutante. »

Par lettre du 4 janvier 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2017. Elle a considéré que l'examen médical du 25 [recte : 24] novembre 2016 avait révélé que l'assuré n'avait plus besoin de traitement. Elle a en outre estimé qu'il ne pouvait être établi aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, entre les troubles dorsaux déclarés par l'assuré et l'événement dommageable du 18 novembre 2015, de sorte qu'elle ne pouvait pas lui allouer de prestations d'assurance pour ces troubles.

Le 20 janvier 2017, la CNA a listé trois cent seize descriptions de postes de travail (DPT). Elle en a retenu cinq, pour des postes de chauffeur-livreur (DPT n° [...]), d'employé d'horlogerie (DPT n° [...]), d'aide-mécanicien (DPT n° [...]), d'employé à l'exploitation des ordures (DPT n° [...]) et de collaborateur de production (DPT n° [...]), dont la moyenne des salaires correspondait à un revenu annuel moyen de 56'777 fr. 20, à un revenu annuel minimal de 54'666 fr. 40 et à un revenu annuel maximal de 58'888 francs.

Par décision du 23 janvier 2017, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Elle a retenu que l'intéressé pouvait exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie - à condition d'éviter le port de lourdes charges ainsi que les activités très répétitives et en force avec la main droite -, qu'il pouvait y réaliser un revenu même supérieur à son gain réalisable sans l'accident et qu'il n'existait pas de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident. La CNA a en revanche reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, à savoir de 6'300 francs.

Par avis médical du 9 février 2017 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr L. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au

Service de chirurgie plastique et de la main du Département de l'appareil locomoteur du DF. \_\_\_\_\_, a considéré ce qui suit :

« [...]

Au cours de son évolution sur les 13 derniers mois le patient témoigne toujours de vives douleurs ainsi que de symptomatologie neurologique atypique.

Lors de l'évaluation du 22.12.2016 en présence de mon confrère le Dr [...] médecin cadre du service, nous avons constaté des douleurs d'horaires mixtes, en majoration à l'activité de force, ainsi que des paresthésies mal systématisées à la face dorsale du poignet et de la main avec une irradiation rétrograde. Le patient décrivait également une hypoesthésie globale quelque peu plus faible sur l'index.

Le patient était jusque-là au bénéfice d'une attelle antébrachiale amovible qu'il ne portait plus car ne la supportait pas. Il nous faisait par ailleurs part de physiothérapie à but antalgique qu'il avait arrêté depuis une semaine, sans réel bénéfice. Par ailleurs son arrêt de travail avait été reconduit jusqu'à ce jour compte tenu de ses symptômes et du travail de force dans lequel il était impliqué pour sa profession.

Au status clinique, nous n'avons pas retrouvé ni d'érythème ni de tuméfaction notable. Lors de la palpation des interlignes osseux du poignet et du coude, le patient décrivait des douleurs aléatoires sans site de spécificité clinique. Le Tinel au canal carpien et au canal ulnaire au coude était négatif. Le patient était par ailleurs difficilement examinable retirant son poignet de manière itérative, décrivant ainsi des douleurs multi-sites.

Aucun test spécifique ligamentaire intrinsèque et extrinsèque n'a été significativement positif. La majorité d'entre eux étant difficile à reproduire chez ce patient extrêmement doléant.

[...]

Nous ne retrouvons pas [sic] critère clinique pour un CRPS.

Les derniers examens complémentaires radiographiques ont permis d'objectiver une bonne consolidation osseuse sans signe de séquelles notables.

Nous sommes face à un patient dont les symptômes cliniques décrivent [sic] par ce dernier n'entrent pas dans une entité clinique ou physiopathologique clairement objectivable. Nous ne proposons pas ce jour de complément d'imagerie au vu de la faible spécificité de l'examen clinique.

Nous en référons à votre bienveillance pour une seconde analyse des symptômes décrits par ce patient et des suites à donner du point de vue de son arrêt de travail ; chez ce patient à plus de un an d'incapacité de travail pour une fracture du radius distal consolidée et traitée conservativement.

[...] »

En date du 14 février 2017, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée du 23 janvier 2017. Il a fait valoir que sa situation médicale n'était de loin pas stabilisée. Il a ajouté que sa main droite était pour l'heure inutilisable, ce qui l'empêchait d'exercer les métiers retenus par la CNA. Il a ainsi estimé que l'analyse des DPT n'était pas cohérente avec son état de santé et qu'une nouvelle évaluation devait être effectuée. Il a également critiqué le rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2016 niant le lien entre ses douleurs cervico-dorso-lombalgies chroniques et l'accident du 18 novembre 2015. Il a allégué que le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'expliquait pas son raisonnement ni la raison pour laquelle le statu quo ante ou sine serait atteint ou réalisé. Il a ajouté que, si d'autres accidents étaient survenus par le passé, celui du 18 novembre 2015 avait néanmoins aggravé la situation en ce sens qu'il souffrait quotidiennement depuis lors de douleurs à la tête, à la nuque et au dos qui, combinées aux douleurs à sa main droite, l'empêchaient de reprendre une activité lucrative. Il a également fait valoir qu'il n'avait pas fait l'objet d'une analyse complète concernant l'origine de ses douleurs. Il a encore contesté le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, considérant qu'elle devait être calculée selon le tableau n° 1 « atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs » en retenant un trouble similaire à l'arthrose radio-carpienne ou une perte de la pronosupination, puisque sa main droite était toujours douloureuse comme l'avait constaté le Dr Z. \_\_\_\_\_, et que son atteinte était d'au maximum 25 %. Dans ces circonstances, il a sollicité qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée pour complément d'instruction.

Complétant son opposition le 21 février 2017, l'assuré a fait valoir que, étant sans formation professionnelle ni expérience particulière et sa main droite étant sa « main dominante », il lui serait extrêmement difficile de trouver un emploi dans lequel il ne devrait pas porter de charges ni effectuer des activités répétitives ou en force. Par ailleurs, il serait désavantagé face à un employeur par rapport à d'autres personnes qui auraient le plein usage de leur main dominante. Il s'est ainsi prévalu

d'une perte de salaire d'au moins 10 à 15 %, cela même dans une activité adaptée, et a donc demandé une rente équivalente.

Par décision sur opposition du 24 février 2017, la CNA a rejeté l'opposition susdite et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a considéré que, aucun élément au dossier ne permettant d'admettre qu'il existait un traitement pouvant améliorer notablement l'état de santé de l'assuré et surtout sa capacité de gain, c'était à bon droit qu'un terme au 28 février 2017 avait été mis au versement de l'indemnité journalière et que le droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été examiné. Elle a ajouté que, l'assuré n'exerçant aucune activité professionnelle, il y avait lieu de se référer aux conclusions médicales et de recourir à la comparaison des revenus pour déterminer s'il existait une incapacité de gain. Elle a alors rappelé que le Dr Z. \_\_\_\_\_ avait reconnu l'assuré apte à plein temps dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues lors du séjour à la R. \_\_\_\_\_, à savoir pas de port de lourdes charges ni d'activités très répétitives et en force avec la main droite. La CNA devait en outre faire abstraction des facteurs contextuels qui influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles (sous-utilisation de la main, catastrophisation, absence de permis de travail, pas de domicile fixe, etc.). Elle a encore souligné que, le 9 février 2017, les médecins du DF. \_\_\_\_\_ avaient constaté, sur la base d'exams complémentaires radiographiques, une bonne consolidation osseuse sans signe de séquelle notable et avaient indiqué être face à un patient dont les symptômes cliniques décrits par celui-ci n'entraient pas dans une entité clinique ou physiopathologique clairement objectivable. Dans le cadre de l'examen du lien de causalité adéquate sous l'angle d'un trouble psychique après un accident, elle a considéré que l'accident du 18 novembre 2015 devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne mais à la limite de la catégorie inférieure. Aucun des critères nécessaires dans un tel cas de figure pour admettre le caractère adéquat n'étant rempli, la causalité adéquate et partant la responsabilité de la CNA pour les troubles qui ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique et d'éventuels troubles psychiques devaient être refusées. Concernant, les cervico-dorso-lombalgies, il y avait lieu de se rallier à

l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_ qui avait énoncé qu'il n'y avait aucun indice qui permettait de penser que l'accident les ait aggravées. Il était patent que l'assuré n'avait présenté aucune lésion structurelle au niveau du rachis, le bilan radiologique ayant montré seulement des altérations dégénératives. Un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle. Elle a précisé que le gain d'invalidité de l'assuré ne prêtait pas le flanc à la critique dans la mesure où il avait été déterminé sur la base des données salariales résultant des DPT, lesquelles étaient adaptées au handicap de l'intéressé - en relation avec l'accident -, qui pouvait s'expliquer d'un point de vue organique, et avaient été versées au dossier en conformité avec la jurisprudence. Il fallait en outre faire abstraction de la conjoncture actuelle qui rendait difficile la recherche d'un emploi pour les travailleurs dans la cinquantaine. La comparaison entre le revenu présumable sans invalidité de 53'820 fr. et un revenu exigible d'au moins 56'777 fr. ne laissait apparaître aucune perte, de sorte que c'était à juste titre que la CNA avait refusé tout droit à la rente d'invalidité. Elle a encore ajouté qu'en l'absence d'élément contraire au dossier et au vu des seules séquelles accidentelles objectives, il y avait lieu de faire fond sur l'estimation à 5 % du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité du Dr Z.\_\_\_\_\_.

**D.** Par acte de son conseil du 27 mars 2017, C.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition susmentionnée, concluant à sa réforme en ce sens qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité versée par l'intimée sur la base des modalités à préciser en cours d'instruction et de toute prestation délivrée par l'intimée au titre de l'assurance-accidents des suites des accidents subis, notamment celui du 18 novembre 2015, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour rendre une décision dans le sens des considérants, respectivement plus subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité inférieure pour la réalisation des mesures d'instruction complémentaires. En substance, le recourant a fait valoir qu'il remplissait pleinement les conditions légales justifiant l'octroi de prestations. En effet, ses atteintes pouvaient être mises en lien avec les accidents subis, plus

particulièrement ceux remontant à la première moitié de la décennie 1990 et, surtout, à celui du 18 novembre 2015. Depuis lors, il n'avait nullement recouvré sa pleine capacité de travail et de gain, ne pouvant utiliser correctement ses membres supérieurs et ressentant de profondes douleurs dans les régions capitales, cervicales, dorsales, lombaires et brachiales. Par ailleurs, il a allégué qu'aucun examen neurologique complet n'avait été effectué, contrairement à l'avis émis en ce sens par le Dr F.\_\_\_\_\_ le 9 juin 2016, postérieurement au rapport neurologique du Dr N.\_\_\_\_\_ du 14 avril 2016. Dans ces circonstances, il a estimé que l'intimée avait incorrectement instruit le dossier et violé son droit d'être entendu. En annexe à son recours, il a produit neuf pièces sous bordereau, six étant déjà présentes au dossier de l'intimée et les trois autres étant les suivantes :

- un rapport médical non daté et destiné au Dr M.\_\_\_\_\_, par lequel le Dr NG.\_\_\_\_\_, médecin assistant à la Policlinique [...], a écrit, dans l'anamnèse, que l'assuré dit avoir des « troubles psychiques » avec vertiges passagers depuis 1990, céphalées et sensation de stress, et que, le 19 octobre 2015, il lui a mentionné la persistance de douleurs cervico-dorso-lombaires et céphalées depuis son accident de la voie publique en 1992. Le 15 décembre 2015, l'intéressé a par ailleurs fait état au Dr NG.\_\_\_\_\_ de sa révolte quant à sa situation, compte tenu du fait qu'il était sans papier et surtout compte tenu du refus clair de l'AI de rouvrir son dossier, le patient ne pouvant pas l'accepter. Il a en outre listé « des problèmes et examens complémentaires » de contexte social difficile avec une personne sans papier et sans abri en Suisse, de conjonctivite bactérienne bilatérale et notion de troubles de l'acuité visuelle de longue date, d'hypertension artérielle, de cervico-dorso-lombalgies irradiant dans le membre inférieur droit post accident de la voie publique puis chute dans les années 1990 (posant un diagnostic différentiel de troubles dégénératifs, déconditionnement

global, fractures anciennes et pas d'argument de syndrome radiculaire) et de céphalées post accident de la voie publique et chute dans les années 1990 (posant un diagnostic différentiel de céphalées de tension, migraines, pas d'argument d'hémorragie intracrânienne au vue de la durée des céphalées et pas d'argument d'accident vasculaire cérébral).

- un rapport du 4 octobre 2016 au terme d'une IRM cervicale du même jour, par lequel le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conclu à un discret trouble statique sagittal, plutôt fonctionnel, à des discopathies dégénératives étagées très modérées sans protrusion ni hernie et à l'absence de signe direct de contrainte radiculaire ou de lésion médullaire.
- un rapport médical du 2 mars 2017, par lequel les Drs X.\_\_\_\_\_ et KW.\_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésiologie au Centre d'antalgie du Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie du DF.\_\_\_\_\_, ont notamment écrit ce qui suit :

« [...]

### **Anamnèse**

Monsieur C.\_\_\_\_\_ nous est adressé pour la prise en charge de ses douleurs chroniques du poignet droit.

Le 18.11.2015, il a fait une chute accidentelle de sa hauteur avec fracture de l'extrémité distale du radius droit. La fracture, peu déplacée, a été traitée conservativement et montre une bonne ossification.

Depuis l'accident, il persiste des douleurs au niveau de la fracture qui montent jusqu'à la nuque, accompagnées par des fourmillements et des décharges électriques. Les douleurs augmentent lors de l'utilisation de la main, même des mouvements simples comme tourner la clé de la voiture déclenchent les douleurs. Il note un gonflement du poignet lors de l'utilisation intensive de la main.

Seulement l'application du froid arrive à calmer la douleur.

Le patient avait fait un séjour à la clinique R. \_\_\_\_\_ à [...], où un diagnostic [sic] de CRPS n'a pas été retenu en raison de l'absence de critères cliniques et radiologiques suffisants.

Accessoirement le patient souffre des douleurs chroniques cervico-dorso-lombaires irradiant dans les membres inférieurs sur des discrets troubles dégénératifs lombaires.

[...]

### **Status**

Le 09.12.2016, on note une légère tuméfaction de la main droite, mais pas de différence de la peau, des ongles ou de la température. La motricité est conservée, mais selon le patient, réduite à cause des douleurs. Le patient se plaint d'une allodynie de la face dorsale de la main droite.

Le 01.02.2017 le patient dit ne sentir ni le toucher, ni le piquer, ni le froid sur la face dorsale de la main droite. Il se plaint de douleurs au toucher du poignet et des douleurs de l'épaule droite avec une restriction de l'élévation du bras au-delà [sic] de 80°, ni en avant, ni de côté. On note une défense aux mouvements passifs. Il marche sans boiterie, épaule droite tombante et ne bouge pas le bras gauche en marchant.

[...]

### **Examens complémentaires**

Évaluation et ENMG du 14.04.2016 par le Dr N. \_\_\_\_\_: Pas de neuropathie compressive pour les troncs médian et cubital au passage du poignet ou coude du membre supérieur droit. Pas d'atteinte neurogène au niveau des myotomes C6, C7, C8 à droite, une souffrance radriculaire n'est pas retenue.

### **Problèmes et attitude**

Selon les critères de Budapest, on ne retient pas le diagnostic de CRPS.

### **Conclusions, traitement et évolution**

Le 19.12.2016 nous avons effectué un bloc stellaire à droit sous US [ultrason] avec infiltration de 7 ml de Bupivacaïne 0.25%. Directement après l'infiltration, le patient se plaignait de douleurs au niveau de l'épaule droite, de la nuque et une transpiration augmentée. On note la présence d'un syndrome de Horner, attendu après le bloc. Il n'y a pas d'amélioration des douleurs du poignet droit.

Dans la suite, le patient se plaint de vertiges, diplopie, brûlures de l'œil droit et des céphalées.

Un contrôle chez l'ophtalmologue est normal selon le patient. Les douleurs et brûlures du poignet s'étendent jusqu'à l'épaule droite et sont influencées par la météo.

Une augmentation de Lyrica à 100 mg 3/j n'améliore pas la symptomatologie, mais n'aggrave pas la diplopie non plus.

Suite à la réaction paradoxale à l'infiltration du ganglion stellaire, on s'abstient d'autres propositions invasives.

### **Suites de prise en charge**

Tous [sic] les approches médicamenteuses n'ayant pas pu soulager le patient, qui présente à chaque consultation des nouveaux symptômes, on n'a malheureusement plus de proposition thérapeutique.

[...] »

Par décision du 29 mars 2017, la juge instructrice a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 mars 2017. L'intéressé s'est ainsi vu accordé notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Alessandro Brenchi.

Par réponse du 7 juin 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a considéré n'avoir fait preuve d'aucun manquement dans le cadre de l'instruction du dossier, respectivement d'aucune violation du droit d'être entendu. A cet égard, elle a relevé que l'ensemble des médecins, excepté le Dr F.\_\_\_\_\_, avaient constaté l'absence de trouble neurologique chez l'intéressé et qu'un examen neurologique avait déjà été effectué quelques semaines avant que le Dr F.\_\_\_\_\_ ne procède à son consilium. Sa position était en outre confirmée par l'appréciation neurologique du Dr I.\_\_\_\_\_ du 17 mai 2017, qui a estimé que toutes les questions posées par le Dr F.\_\_\_\_\_ avaient été traitées par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 avril 2016, que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'avait apparemment pas à disposition. L'intimée a ajouté qu'elle était légitimée à se fonder sur l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2016, laquelle était probante et n'était pas mise en doute par d'autres pièces médicales. Elle a enfin relevé que le recourant ne remettait en cause ni l'évaluation de son invalidité, ni le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En annexe à sa réponse, l'intimée a produit le dossier du recourant et trois pièces en supplément, soit l'avis médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 9 février 2017 figurant déjà audit dossier, le rapport de prise en charge du Dr F.\_\_\_\_\_ évoquant notamment une consultation à seize mois et demi de la fracture épiphyse distale du radius, traitement conservateur, ayant eu lieu le 13 avril 2017 - dont il ressort qu'il n'y avait

pas de critères d'un syndrome douloureux complexe et que l'assuré se plaignait encore de douleurs qui étaient toujours mal systématisées et irradiant dans l'épaule -, et une appréciation neurologique du 17 mai 2017, par laquelle le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie auprès de l'intimée, s'est prononcé comme suit sur le point de savoir si les faits relatifs aux aspects neurologiques étaient suffisamment établis au moment où l'intimée a rendu sa décision sur opposition, lui permettant de renoncer à tout complément d'instruction dans ce domaine :

« [...]

### **Appréciation**

En date du 18.11.2015, M. C.\_\_\_\_\_ souffre d'une fracture de l'extrémité distale du radius (EDR) droit peu déplacée. Il s'agit d'une lésion typique quand une personne qui fait une chute essaye de se rattraper. M. C.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un traitement conservateur par plâtre. Les rapports médicaux initiaux parlent aussi d'un traumatisme au dos et par ailleurs ne font pas mention d'autres lésions.

En l'espèce, il s'agit d'évaluer d'éventuelles troubles neurologiques en rapport avec la fracture du radius droit. M. C.\_\_\_\_\_ va voir son médecin traitant en date du 23.11.2015. Nous ignorons les détails de la première prise en charge. Dans le dossier radiologique, la première radiographie mettant en évidence la fracture de l'EDR droite est réalisée à A.\_\_\_\_\_ à [...] en date du 02.12.2015. M. C.\_\_\_\_\_ sera vu au DF.\_\_\_\_\_ le 04.12.2015 où il sera suivi par la suite. A l'occasion de la consultation du 17.12.2015 chez le Dr [...], il se plaint de douleurs importantes du poignet droit irradiant dans tout le bras jusqu'à l'épaule, avec des fourmillements diffus de la main et du bras. Les douleurs persistant, M. C.\_\_\_\_\_ est vu par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en FMH en neurologie à [...], en date du 14.04.2016. Ce spécialiste relève une discrète hypoesthésie relative dans le territoire d'innervation dépendant du tronc médian (note : dans le contexte, il veut dire « nerf médian ») au niveau de la main droite. Il ne retrouve par contre pas de signe de Tinel au carpe, et, moyennant l'examen ENMG, écarte par ailleurs une atteinte du médian droit au sens d'une neuropathie compressive pour les nerfs médian et cubital droits. Par le même examen électroclinique, le Dr N.\_\_\_\_\_ exclut une souffrance radiculaire significative au niveau de la colonne cervicale. En résumant, nous constatons que le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a pas objectivé les troubles sensitifs au niveau du MSD dont se plaint l'assuré.

Possible cause d'un trouble sensitif diffus dans une extrémité lésée, un syndrome douloureux régional complexe (dont l'acronyme anglais est CRPS) est recherché par tous les médecins que M. C.\_\_\_\_\_ va consulter. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la Suva Lausanne, recherche activement les signes cliniques nécessaires pour retenir ce

diagnostic mais ne met pas en évidence les troubles végétatifs évocateurs d'un CRPS. Notons entre parenthèse que M. C. \_\_\_\_\_ ne présente pas de déficit sensitif subjectif ou objectif lors du premier examen par le Dr Z. \_\_\_\_\_.

Au vu de l'importante discordance entre l'ampleur des plaintes de l'assuré et les constatations objectives, M. C. \_\_\_\_\_ séjournera à la R. \_\_\_\_\_ pour une évaluation multidisciplinaire du 24.05.2016 au 14.06.2016. Retenons d'emblée que le diagnostic d'un CRPS n'est retenu par aucun des spécialistes que M. C. \_\_\_\_\_ va consulter. Dans ce contexte, le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, est particulièrement pertinent parce qu'il décrit des hypoesthésies non systématisées sur le territoire du nerf radial, médian et ulnaire (cubital). Or, ces nerfs n'ont pas été atteints par le traumatisme du 18.11.2015, comme cela a déjà pu être démontré par l'examen du Dr N. \_\_\_\_\_. A l'examen clinique effectué par les Drs K. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, M. C. \_\_\_\_\_ fait état de fourmillements de D3, D4, D5 à droite à la percussion du tunnel carpien. Pourtant, la percussion ou la compression du nerf médian au tunnel carpien n'est pas susceptible de provoquer des fourmillements au niveau de D5 (auriculaire), la partie ulnaire de la main relevant du territoire sensitif du nerf cubital (ou ulnaire).

Enfin, le Dr L. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service de chirurgie plastique et de la main du DF. \_\_\_\_\_, se rallie aux avis de ses confrères chirurgiens, en soulignant que M. C. \_\_\_\_\_ est difficilement examinable, décrivant des douleurs aléatoires sans site de spécificité clinique et présentant à chaque consultation de nouveaux symptômes.

En concluant, il est évident, par la documentation médicale à disposition dans le dossier, que M. C. \_\_\_\_\_ a présenté des troubles sensitifs variables, souvent diffus, et en discordance avec les constatations objectives. La remarque du Dr F. \_\_\_\_\_ selon laquelle il est difficile d'apprécier la sensibilité chez l'assuré est, à mon avis, motivée par les informations peu précises de l'assuré. Apparemment, le Dr F. \_\_\_\_\_ n'avait pas à disposition le rapport neurologique circonstancié du Dr N. \_\_\_\_\_. Or, dans ce rapport, toutes les questions posées par le Dr F. \_\_\_\_\_ ont été traitées.

## **Conclusion**

L'examen neurologique proposé par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 09.06.2016 avait déjà été réalisé auparavant par le Dr N. \_\_\_\_\_ de [...]. Ce spécialiste a pu écarter, de façon suffisante, toute pathologie significative dans le domaine neurologique.

## **Réponse aux questions**

*L'examen neurologique suggéré par le Dr F. \_\_\_\_\_ est-il susceptible d'apporter des faits médicaux pertinents quant à l'appréciation de la situation médicale de M. C. \_\_\_\_\_ ?*

Non. »

Par réplique du 21 août 2017, le conseil du recourant a produit un rapport médical du 11 juillet 2017 de la Dresse MN.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre HF.\_\_\_\_\_, et a estimé que celui-ci était sombre en ce sens que l'intéressé souffrait particulièrement, d'un point de vue psychique, des conséquences de ses lésions, qui ne pourraient être qualifiées de faibles. Il lui apparaissait dès lors que la prise en charge pouvait être ordonnée et a sollicité l'instruction de cette question. Il a également produit la liste de ses opérations. Par le rapport médical susmentionné, la Dresse MN.\_\_\_\_\_ a notamment écrit ce qui suit :

« [...]

### **Anamnèse**

[...]

Pendant les séjours en Suisse, le patient a été victime de plusieurs accidents successifs.

Le premier a eu lieu en 1990 ; il s'agit d'un accident survenu sur la voie publique dont les conséquences furent des céphalées et des cervico-dorso-lombalgies qui ont été traitées.

En 1992, il a été victime d'un accident de travail ; étant ouvrier dans le bâtiment, il a fait une chute d'environ quatre mètres avec pour conséquences la péjoration des céphalées et des cervico-dorso-lombalgies et des manifestations psychiques comme le stress et l'anxiété.

[...]

Finalement, en 2001, la famille [du recourant] au complet est expulsée au [...], la demande d'asile ayant été refusée, situation qui laisse M. C.\_\_\_\_\_ dans un état d'incompréhension totale. Le retour dans son pays avec les siens, sans emploi et avec des capacités de travail diminuées suite à ses deux accidents le plonge dans un état de désespoir et de déprime. Il consulte alors un psychiatre, le Dr [...], qui met en place un traitement antidépresseur. A noter que M. C.\_\_\_\_\_ bénéficie alors parallèlement d'un suivi régulier avec un neurologue et un orthopédiste, de traitements antalgiques et de séances de physiothérapie. Accompagné par les médecins et surtout son psychiatre, le patient entame des démarches pour faire reconnaître ses droits. Il possède un rapport médical, daté du 25 mai 2005, de la Commission des médecins qui ont évalué le degré d'invalidité et qui ont constaté une diminution de la capacité de travail de plus de 60%. Le dossier envoyé en Suisse, il lui est répondu qu'aucun accord n'ayant été établi entre les deux pays, sa demande est irrecevable. Par ailleurs, il n'a pas le droit de retourner en Suisse. Perdu et désespéré, M. C.\_\_\_\_\_ est régulièrement suivi pour dépression par son médecin psychiatre, prend des antidépresseurs et se trouve

dans un état de grande souffrance, avec l'impression d'être dans une impasse. Outre ses capacités physiques réduites, son état de santé psychique devient de plus en plus fragile, avec un important sentiment de culpabilité relatif au fait de ne pas pouvoir subvenir aux besoins de sa famille. Il ne voit aucune solution dans son pays et décide de revenir clandestinement en Suisse pour mettre au clair sa situation. Finalement, en 2015, il s'installe à [...]. Saisi par les autorités, il passe 24 heures en prison puis en est libéré sous condition qu'il règle le dossier AI dans un délai de sept jours, délai impossible à tenir au vu des nombreuses démarches y relatives. Il retourne alors en prison durant 27 jours. Après sa seconde libération, le patient décide de revenir dans le canton de Vaud avec l'intention de faire saisir la justice. Il prend alors un avocat afin d'entamer une procédure judiciaire pour faire valoir ses droits. Depuis septembre 2015, il effectue des démarches au niveau social et est hébergé dans des foyers pour sans-abris. Il consulte différents services du DF. \_\_\_\_\_, est suivi par le Dr M. \_\_\_\_\_, puis trouve un poste de travail en tant que chauffeur-livreur.

Le 18 novembre 2015, M. C. \_\_\_\_\_ subit un troisième accident en faisant une chute d'un mètre avec réception sur la partie postérieure du crâne, du dos et de la main droite portée en arrière avec fracture du radius traitée conservativement. Vu la persistance d'importantes douleurs, le patient consulte plusieurs fois le DF. \_\_\_\_\_ puis est hospitalisé à la R. \_\_\_\_\_ pour un bilan complet et une rééducation. Par la suite, il est reçu par le Dr N. \_\_\_\_\_, neurologue, et bénéficie d'un suivi au Centre de la Main du DF. \_\_\_\_\_. Depuis cette période, M. C. \_\_\_\_\_ est reconnu en accident de travail à 100% et une demande de rente d'invalidité a été déposée, avec l'aide de son avocat Alessandro Brenchi. Malheureusement, en février 2017, ladite demande a été rejetée sous forme d'une décision définitive de refus de rente. Le dossier de recours est actuellement en cours et le combat reprend.

Au niveau des antécédents psychiatriques, il est à noter que le patient a été suivi régulièrement par différents psychiatres depuis 2001. Son psychiatre référent au [...], le Dr [...], lui prescrivant des anxiolytiques et des antidépresseurs, ainsi que des séances de psychothérapie. Par la suite et depuis son retour en Suisse, un syndrome dépressif a été diagnostiqué chez M. C. \_\_\_\_\_ pendant son hospitalisation à la R. \_\_\_\_\_ et un traitement antidépresseur a été mis en place. Actuellement, il est suivi au Centre HF. \_\_\_\_\_, cela depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017.

## **Status**

M. C. \_\_\_\_\_ est un homme de 53 ans, qui fait son âge, en surpoids et à la tenue vestimentaire ainsi qu'à l'hygiène sans particularité. L'orientation aux quatre modes est préservée. Globalement, il se montre calme et collaborant, malgré une tension importante et quelques moments d'agitation psychomotrice, surtout quand il évoque son combat pour la reconnaissance de ses droits et le sentiment d'injustice qu'il ressent. Le discours est cohérent et informatif. Il n'y [sic] pas de trouble du cours ni du contenu de la pensée, ni de trouble perceptif, ni de symptôme floride de la lignée psychotique. La thymie est abaissée. L'anxiété est manifeste concernant son avenir. Il se dit souvent tendu et irritable et évoque des affects labiles. Le patient exprime un sentiment d'injustice et de ruminations morbides. Il dit parfois ne plus avoir envie de vivre. Il

n'arrive pas à accepter la réalité, à savoir de se retrouver SDF, avec des capacités de travail diminuées suite à ses accidents de travail et sans aucune reconnaissance. Il ne verbalise pas d'intention de se suicider et n'a pas planifié de geste. Cependant, si la situation de précarité persiste, un geste auto ou hétéro-agressif n'est pas exclu. Il reconnaît avoir de plus en plus de mal à contrôler son impulsivité et ses émotions. L'irritabilité et l'intolérance à la frustration entraînent des difficultés relationnelles. M. C.\_\_\_\_\_ est conscient de ses troubles, qui le culpabilisent. Il a du mal à se projeter dans l'avenir, ne fait plus confiance et devient méfiant vis-à-vis d'autrui. Il a l'impression qu'on ne fait rien pour lui. L'incertitude concernant son avenir fragilise la situation de son état de santé et favorise le maintien de son état dépressif.

### **Diagnostics**

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 : F33.10)  
Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (CIM-10 : F60.30).

### **Traitement en cours**

Suivi psychothérapeutique et traitement médicamenteux »

En date du 21 août 2017 également, la Cour de céans a reçu un envoi spontané du Dr ZS.\_\_\_\_\_, médecin praticien, comprenant notamment plusieurs certificats médicaux attestant de la continuité de l'incapacité de travail à 100 % du recourant ainsi qu'un rapport de physiothérapie d'LR.\_\_\_\_\_ du 19 mai 2017 indiquant que l'intéressé ressentait toujours des douleurs au niveau du poignet droit, au mouvement, et durant la nuit, que les amplitudes de celui-ci étaient toujours limitées, qu'il ressentait également de fortes douleurs au niveau cervico-dorsal avec irradiation dans le bras droit et que d'autres examens complémentaires seraient nécessaires. Y était encore joint un rapport médical du 15 juin 2017 en lien avec une hospitalisation du recourant du 14 au 15 juin 2017, par lequel la Dresse JK.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Service des Urgences du Département des centres interdisciplinaires et logistique médicale du DF.\_\_\_\_\_, a écrit ce qui suit :

« [...]

### **Anamnèse**

Patient de 52 ans, qui présente hier des vertiges (sensations que le monde tourne), un acouphène oreilles ddc, céphalée diffuse comme des piqûres 5/10 et une diplopie qui a cédée [sic] seule avec sensation de brûlure dans les yeux. Ressent aussi une douleur comme de l'électricité dans l'hémicorps D (très souvent depuis

accident 2015). Va à la pharmacie pour prendre la TA [tension artérielle] qui était élevée, les pharmaciens appellent donc une ambulance.

Tous ses symptômes se présentent souvent (2-3 épisodes par semaine) depuis 2015 suite à l'accident, déjà discuté avec MT [médecin traitant] d'après le patient sans solution trouvée.

Dit être très compliant avec son ttt [traitement] anti-HTA [hypertension artérielle].

Pas d'EF [état fébrile]. Pas de chute ou trauma récent.

[...]

#### **Traitement à la sortie**

Continuer le traitement habituel

#### **Suites de prise en charge**

Suivi par le MT. Nous lui proposons d'adapter les doses du traitement anti-HTA. »

### **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) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir 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).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations de l'intimée au-delà du 28 février 2017, particulièrement le droit à une rente.

**3.** A titre liminaire, le recourant se prévaut d'un grief de nature formelle, à savoir celui de violation de son droit d'être entendu en ce sens que son dossier ne comporterait aucun examen neurologique complet. La violation de ce droit entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours au fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2), de sorte que l'existence d'une telle violation doit normalement être déterminée à titre préalable. Cependant, le grief du recourant se confondant en l'occurrence avec le fond, il sera analysé ci-après en même temps que celui d'une instruction incorrectement menée dont l'intéressé se plaint également.

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

**b/aa)** Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées au sens de la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'assureur ou, cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Si 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

Lorsqu'un état maladie préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle 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\_551/2012 du 26 juin 2013 consid. 2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). *A contrario*, aussi longtemps

que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). 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* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 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 (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

**bb)** Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C\_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.).

**cc)** Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 3a).

Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui

permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (« *eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss* » ; TF 8C\_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C\_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 ; 8C\_677/2007 du 4 juillet 2008 consid. 2.3.2).

**c/aa)** Outre un lien de causalité naturelle, le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C\_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 3.1).

**bb)** Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

**cc)** Il en va différemment lorsqu'il convient de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence ayant dégagé des critères objectifs pour juger d'un tel lien (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

Dans ce cas, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 3.1). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et réf. cit.).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept susmentionnés ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident. En revanche, en présence d'un accident apparaissant comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, un seul des sept critères peut être suffisant. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

**dd)** On ajoutera qu'il est admissible de laisser la question de la causalité naturelle ouverte lorsque ce lien ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C\_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1).

**d)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence

seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et réf. cit. ; TF 8C\_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2 ; 8C\_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et réf. cit. ; TF 8C\_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1)

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de

soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA 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, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, 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 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**6.** En l'espèce, le recourant estime avoir droit à des prestations de la part de l'intimée, notamment une rente, du fait de différentes atteintes à sa santé, qu'il met en lien avec les accidents qu'il a eus dans la première moitié de la décennie 1990 et, particulièrement, avec celui du 18 novembre 2015. En découleraient ainsi des atteintes somatiques, à savoir le fait qu'il ne pourrait utiliser correctement ses membres supérieurs - ressentant de profondes douleurs dans les régions capitales, cervicales, dorsales, lombaires et brachiales -, ainsi qu'une atteinte à sa santé psychique (ce que l'on doit déduire implicitement de l'écriture de son conseil du 21 août 2017).

**a)** S'agissant des accidents antérieurs à l'accident du 18 novembre 2015, soit ceux de 1990 et 1992 dont se prévaut le recourant, il y a lieu de préciser qu'ils n'ont aucunement fait l'objet de la procédure administrative ayant abouti à la décision litigieuse. En outre, il est constaté que lorsque l'accident du 18 novembre 2015 est survenu, le recourant travaillait quarante-cinq heures par semaine, soit à temps plein. Ainsi, il est pour le moins douteux qu'il puisse se prévaloir actuellement d'une atteinte à sa santé péjorant sa capacité de travail en relation uniquement avec lesdits accidents de 1990 et 1992, d'autant plus compte tenu de l'important laps de temps s'étant écoulé depuis lors et rendant peu plausible d'éventuelles séquelles ou rechutes.

Quoiqu'il en soit, l'intéressé n'allègue pas et dès lors n'établit pas, au stade de la vraisemblable prépondérante, qu'il était assuré auprès de l'intimée lorsque ces accidents sont survenus. On ne sait en effet rien des éventuelles procédures administratives auprès d'un assureur-accidents qui auraient suivi. Partant, l'intimée ne saurait répondre des conséquences, séquelles ou rechutes de des accidents de 1990 et 1992.

**b)** Se pose dès lors la question de savoir si les éventuelles atteintes dont se prévaut le recourant peuvent être mises en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 18 novembre 2015.

**aa)** Sur le plan somatique, le recourant se plaint de multiples douleurs. Toutefois, conformément à la jurisprudence précitée, seules les atteintes découlant d'un accident permettent à un assuré d'obtenir des prestations dans le cadre de l'assurance-accident, la seule présence de douleurs – qui par ailleurs sont subjectives – ne le permettant pas.

Il est constant que l'atteinte au poignet droit du recourant découle de l'événement du 18 novembre 2015. Celle-ci consiste en une fracture du radius (voir par exemple le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 2 décembre 2015), peu déplacée. Cette fracture a été traitée conservativement. Par son rapport du 25 avril 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de l'intimée, a pu exclure un syndrome de Sudeck, sur la base de radiographies du 7 janvier 2016 et a relevé que l'examen neurologique du Dr N.\_\_\_\_\_ du 14 avril 2016 n'avait rien montré de particulier. Aux termes de son rapport du 24 novembre 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a constaté, sur la base de radiographies du 30 mai 2016, qu'il y avait un cubitus un peu long à droit, qui pouvait expliquer une souffrance de la radio-cubitale distale, et, sur la base d'une IRM du 13 juin 2016, une synovite un peu diffuse du poignet droit, qu'il était difficile d'expliquer. Il a en outre estimé que la force de serrage était réduite « chez un patient qui ne semble pas donner toute la mesure de ses possibilités » et que la mobilité active était limitée par les douleurs. Il a cependant précisé qu'il n'y avait aucun indice concret permettant de

penser que l'accident du 18 novembre 2015, une chute banale, ait aggravé les cervico-dorso-lombalgies chroniques et que, même si c'était le cas, il ne faisait aucun doute que le *statu quo sine* était atteint, voire le *statu quo ante* rétabli, à une année après l'événement. Compte tenu de ce qui précède, il a ainsi considéré que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues lors du séjour de celui-ci à la R.\_\_\_\_\_, lesquelles pouvaient être considérées comme définitives. A ce sujet, sur la base de l'ensemble des appréciations médicales effectuées lors du séjour du recourant à la R.\_\_\_\_\_, les Drs K.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ avaient considéré que les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé étaient le fait de devoir éviter le port de lourdes charges ainsi que les activités très répétitives et en force avec la main droite. En dernier lieu, aux termes d'un rapport du 17 mai 2017, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie auprès de l'intimée, a estimé que le Dr N.\_\_\_\_\_ avait pu écarter, de façon suffisante, toute pathologie significative dans le domaine neurologique.

Les constatations des Drs Z.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ sont confirmées par les autres documents médicaux versés au dossier. Par leur rapport de synthèse du 23 juin 2016, les Drs K.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont en effet diagnostiqué des douleurs persistantes au niveau du poignet droit. Dans le détail, ils ont constaté une consolidation complète de la fracture et des douleurs prédominant dans l'articulation radio-ulnaire distale droite, ulna avec variance positive en rapport avec la fracture du radius, sur la base des radiographies du 30 mai 2016, ainsi qu'une synovite relativement diffuse du poignet et des tendons péri carpiens et un discret œdème sous cutané dorsal, sur la base de l'IRM du 13 juin 2016. Ils ont estimé que l'origine de la synovite n'était pas claire, mais était probablement réactionnelle à la fracture. Un syndrome douloureux régional complexe n'a cependant pas été retenu. Dans son rapport ultérieur du 9 février 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé ce qui précède, faisant notamment état d'une bonne consolidation osseuse sans signe de séquelles notables.

Sur le plan des lésions traumatiques et hormis la fracture du radius du poignet droit susmentionnée, on constate uniquement l'évocation de « fractures anciennes » dans le rapport non daté du Dr NG. \_\_\_\_\_ - lesquelles ne sont aucunement documentées et aucune conséquence n'en étant tirée - et d'une « séquelle traumatique ligamentaire antérieure en C6-C7 » dans le bilan radiologie du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 2 décembre 2015. Sur la base de ce bilan radiologique, les Drs K. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ ont écrit qu'« il y a[vait] juste une petite ossification antérieure en C5-C6, C6-C7, ossification débutante du ligament commun vertébral antérieur » (rapport de synthèse du 23 juin 2016). Il apparaît ainsi que cette atteinte, vraisemblablement antérieure à l'accident du 18 novembre 2015, est bénigne, voire résorbée. Au demeurant, aucun médecin consulté n'en tire une atteinte à la santé et, partant, à la capacité de travail du recourant. A toutes fins utiles, il est au surplus constaté que les accidents de 1990 et 1992, dont le recourant se prévaut, n'ont pas laissé de séquelles invalidantes (l'intéressé ayant par ailleurs indiqué au Dr F. \_\_\_\_\_ que les accidents de 1990 et 1992 n'avaient pas causé de fractures ; cf. rapport du 9 juin 2016).

Ainsi, tout au plus, dans la mesure où il ressort des pièces au dossier l'existence de « discrètes anomalies dégénératives banales » (rapport du 9 juin 2016 du Dr F. \_\_\_\_\_ de la R. \_\_\_\_\_), à savoir d'une discrète cervicarthrose et de discrètes atteintes dégénératives étagées au niveau lombaire (particulièrement cf. bilan radiologique du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 2 décembre 2015), se pose la question du *statu quo sine vel ante* en relation avec une aggravation d'une atteinte dégénérative préexistante. Or, les documents médicaux versés au dossier n'évoquent aucunement l'existence de lésion traumatique au niveau cervical ou lombaire ni d'un tassement subit des vertèbres. Partant, conformément à la jurisprudence précitée (cf consid. 4b/cc *supra*), force est de constater que le *statu quo sine vel ante* était largement dépassé lorsque l'intimée a mis un terme à ses prestations à la date du 28 février 2017, soit plus d'un an après l'accident du 18 novembre 2015. Cela est d'autant plus vrai qu'il ressort de l'anamnèse de nombreux rapports médicaux, respectivement des déclarations du recourant lui-même, que les douleurs cervico-dorso-

lombaires étaient présentes déjà avant l'accident du 18 novembre 2015. En outre, le seul fait que les symptômes douloureux se seraient aggravés après la survenance de l'accident du 18 novembre 2015 ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc, ergo propter hoc* ; cf. consid. 4b/aa *supra*).

Ainsi, le fait que le recourant se prévale de douleurs multiples et le fait qu'une incapacité de travail lui ait été reconnue, en particulier par son médecin traitant le Dr M.\_\_\_\_\_, ne saurait lui donner droit à des prestations de l'intimée. En effet, il n'est pas établi, au stade de la vraisemblance prépondérante, que ces douleurs et incapacité de travail découleraient d'une atteinte objectivée et que cette dernière serait en rapport de causalité avec l'accident du 18 novembre 2015, aucun document médical versé au dossier ne prétendant le contraire.

Partant, il convient de constater que le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2016, sur lequel l'intimée s'est fondée pour rendre la décision litigieuse, est probant, à l'instar de son autre rapport du 25 avril 2016 et de celui du Dr I.\_\_\_\_\_ du 17 mai 2017. Ces médecins ont en effet pris en considération l'ensemble des constatations objectives pertinentes au regard de la question à laquelle ils devaient répondre. Leurs conclusions sont claires et motivées et ne souffrent pas de contradictions. Le résultat auquel ils aboutissent est convaincant. Il n'existe aucun indice concret, ni aucun élément que ces médecins auraient ignoré et qui remettrait sérieusement en question leurs conclusions. Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 5 *supra*), ces rapports doivent ainsi se voir attribuer pleine valeur probante.

Dès lors, il convient de considérer que, sur le plan somatique, seule l'atteinte au poignet droit du recourant peut, cas échéant, lui donner droit à des prestations.

**bb)** En cours de procédure judiciaire, le recourant, par son conseil, semble également solliciter des prestations par suite d'une

atteinte psychique. Un rapport de la Dresse MN.\_\_\_\_\_ du Centre HF.\_\_\_\_\_ du 11 juillet 2017 a été produit à l'appui de cette position.

Il en ressort que le suivi psychiatrique de l'intéressé a débuté le 1<sup>er</sup> mai 2017, soit postérieurement à la décision litigieuse. La Dresse MN.\_\_\_\_\_ ne se prononce ni sur l'impact de l'accident du 18 novembre 2015 sur l'état de santé psychique de son patient, ni sur la capacité de travail de celui-ci en relation avec l'atteinte psychique, ni sur son évolution. En outre, il apparaît plutôt ressortir du rapport de la Dresse MN.\_\_\_\_\_, comme des autres pièces du dossier (cf. rapport non daté du Dr NG.\_\_\_\_\_ par exemple), que les éventuelles atteintes psychiques du recourant ne découlent pas d'atteintes à sa santé résultant de l'accident du 18 novembre 2015, ni d'ailleurs d'un autre accident, mais bien plutôt de la précarité de sa situation tant financière que sociale et de son sentiment de culpabilité face à sa famille et d'injustice de ne pas être mis au bénéfice des prestations sociales auxquelles il estime avoir droit. Il ne s'avère cependant pas nécessaire d'instruire sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 18 novembre 2015 et les éventuelles atteintes à la santé psychique diagnostiquées par la Dresse MN.\_\_\_\_\_, dans la mesure où le lien de causalité adéquate peut à l'évidence être nié.

Dans ce cadre, force est de constater que l'accident litigieux est tout au plus un accident de gravité moyenne à la limite du cas de peu de gravité, s'agissant d'une banale chute sur le sol, de hauteur d'homme, consécutive à une glissade (pour un cas semblable : TF 8C\_934/2010 du 8 novembre 2011 consid. 4.2).

S'agissant des critères à prendre en considération en présence d'un accident de gravité moyenne, il est rappelé que le seul événement traumatique ensuite de l'accident du 18 novembre 2015 ayant pu être constaté est la fracture du poignet droit. Une telle lésion physique ne relève manifestement pas d'une gravité suffisante, ni d'une nature particulière, propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

On ne saurait également retenir que le traitement médical y relatif a été d'une durée anormalement longue, étant précisé que la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulation même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C\_804/2014 précité consid. 5.2.2 et réf. cit.).

S'agissant du critère de degré et de durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, ce critère n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). En l'occurrence, seules les limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte au poignet droit du recourant doivent être prises en charge par l'intimée, lesquelles permettent à l'intéressé d'exercer une activité adaptée (cf. rapport de synthèse des Drs K. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ du 23 juin 2016 et rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2016), de sorte que ce critère n'est pas réalisé.

Par ailleurs, si l'on peut considérer que le critère de douleurs physiques persistantes est en l'espèce réalisé - compte tenu des différents rapports médicaux au dossier rapportant que le recourant a des douleurs au niveau de son poignet droit et utilise ainsi peu cette zone -, il convient néanmoins de relativiser l'importance des douleurs dans la mesure où les affections somatiques de l'intéressé restent précisément compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps.

Les autres critères consacrés par la jurisprudence ne sont pas remplis.

Partant, au regard de l'ensemble des circonstances, seul un critère (la persistance des douleurs physiques) apparaît pouvoir être réalisé. Ce point peut toutefois être laissé ouvert dans la mesure où il ne revêt pas une intensité particulière et où aucun autre critère n'est réalisé, de sorte que l'on ne saurait retenir que l'accident du 18 novembre 2015,

qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite du cas de peu de gravité, est la cause adéquate des troubles psychiques du recourant (cf. consid. 4c/cc *supra*). Ce dernier n'a dès lors pas droit à des prestations pour ses éventuelles atteintes psychiques.

Cela étant, il n'y a pas lieu d'instruire plus avant la question des souffrances psychiques de l'intéressé des conséquences de ses lésions, ainsi que sollicité dans l'écriture de son conseil du 21 août 2017. En effet, l'issue du présent litige ne pourrait pas s'en trouver modifiée, le rapport de causalité adéquate devant être apprécié par le juge et non par le médecin (TF 8C\_146/2015 du 22 juillet 2015 consid. 5.1).

**c)** En définitive et à l'instar de ce qu'a retenu l'intimée, seules les atteintes au poignet droit du recourant résultent de l'accident du 18 novembre 2015, pouvant ainsi donner lieu à des prestations, et seules les limitations fonctionnelles en découlant, consistant en le fait de devoir éviter le port de lourdes charges ainsi que les activités très répétitives et en force avec la main droite, doivent être retenues.

**7. a/aa)** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de

la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

**bb)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

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

129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 236 - 241). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

Un abattement en pour-cent du salaire d'invalidé déterminant n'est pas admissible dans le système des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 8C\_88/2014 du 10 septembre 2014 consid. 3.3 ; 8C\_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). En outre, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et réf. cit.).

**b/aa)** En l'espèce, le recourant fait valoir qu'il n'a nullement recouvré sa pleine capacité de travail et de gain, ne pouvant utiliser

correctement ses membres supérieurs, ressentant de profondes douleurs dans les régions capitales, cervicales, dorsales lombaires et brachiales

D'emblée, il doit être précisé que, par suite de ce qui a été retenu ci-dessus (cf. consid. 6c *supra*), seules les limitations physiques découlant de l'atteinte au poignet droit doivent en l'état être analysées.

Or, aucun document médical au dossier ne permet de soutenir que l'état de santé du recourant ne pouvait être considéré comme stabilisé - en application de l'art. 19 al. 1 LAA - à la date du 28 février 2017 s'agissant de la fracture du poignet droit. Plus exactement, aucun médecin ne préconise la poursuite d'un traitement médical susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé de l'intéressé : le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 9 février 2017 mentionne une fracture du radius distal consolidée et traitée conservativement et les Drs X. \_\_\_\_\_ et KW. \_\_\_\_\_ indiquent dans leur rapport du 2 mars 2017 qu'ils n'ont plus de proposition thérapeutique. La permanence de douleurs ne suffit pas à considérer que l'état de santé n'est pas stabilisé. Seule est déterminante l'appréciation médicale et, en l'occurrence, il peut être déduit de l'absence de proposition de traitement que, thérapeutiquement, il n'y a plus à attendre d'amélioration au niveau du poignet droit. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2017.

**bb)** L'intimée a alors analysé le droit du recourant à percevoir une rente. L'intéressé ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimée. Celui-ci, établi en tenant compte d'un salaire horaire de 23 fr. pour un temps de travail hebdomadaire de quarante-cinq heures, a ainsi été arrêté à juste titre à un montant annuel de 53'820 francs (23 x 45 x 52 [semaines par année]).

En contestant avoir recouvré sa pleine capacité de travail et de gain, le recourant conteste cependant implicitement le revenu d'invalidité retenu par l'intimée.

En l'occurrence, celui-ci a été déterminé par l'intimée sur la base de DPT. Dans la mesure où, tel que susmentionné, seule l'atteinte au poignet droit consécutive à l'accident du 18 novembre 2015 engage la responsabilité de l'intimée, à l'exclusion des autres atteintes dont se prévaut l'intéressé, le bien-fondé du choix des DPT ne doit donc être évalué qu'à la lumière des limitations engendrées par cette atteinte, soit le fait de devoir éviter le port de lourdes charges ainsi que les activités très répétitives et en force avec la main droite.

L'intimée a déterminé le revenu d'invalidé sur la base de cinq DPT (n° [...], [...], [...], [...] et [...]), pour des postes de chauffeur-livreur, employé d'horlogerie, aide-mécanicien, employé à l'exploitation des ordures et collaborateur de production, dont la moyenne des salaires correspondait à un revenu annuel moyen de 56'777 fr. 20. Les conditions imposées par la jurisprudence en matière de DPT et les limitations fonctionnelles mises en évidence par les Drs K.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ et confirmées par le Dr Z.\_\_\_\_\_ ayant été respectées, il convient de valider le revenu avec invalidité retenu par l'intimée.

Après comparaison des revenus sans (53'820 fr.) et avec invalidité (56'777 fr. 20), on constate, avec l'intimée, que le recourant ne subit aucune incapacité de gain, de sorte qu'une rente ne saurait lui être octroyée.

**8.** A toutes fins utiles, il est relevé que l'intéressé ne conteste pas - en procédure de recours - le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité que l'intimée lui a reconnue, laquelle ne prête au demeurant pas le flanc à la critique.

**9.** Dans le cadre de son argumentation, le recourant se plaint encore d'une instruction incorrectement menée et d'une violation de son droit d'être entendu en ce sens que son dossier ne comporte aucun examen neurologique complet, contrairement à ce qu'aurait recommandé le Dr F.\_\_\_\_\_ de la R.\_\_\_\_\_ le 9 juin 2016.

**a)** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; TF 9C\_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2).

La violation de la maxime inquisitoire (ou, autrement dit, du devoir d'administrer les preuves nécessaires) n'a pas une portée absolue. En effet, le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGA) ou plus généralement une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2) (TF 8C\_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1).

**b)** En l'espèce, il convient de relever qu'une analyse neurologique avait précisément déjà été effectuée par le neurologue N.\_\_\_\_\_ le 14 avril 2016. Au vu de la teneur du consilium du 9 juin 2016, spécifiquement de sa rubrique imagerie, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'en avait manifestement pas connaissance. Du reste, compte tenu de l'intervalle de deux mois séparant ces deux rapports médicaux, un nouvel examen

neurologique mis en œuvre dans les suites de la recommandation du Dr F.\_\_\_\_\_ n'aurait certainement pas abouti à un résultat différent de celui découlant de l'analyse opérée par le Dr N.\_\_\_\_\_. En outre, aucun des médecins, notamment spécialiste de la main, ayant examiné le recourant ultérieurement au Dr F.\_\_\_\_\_ n'a recommandé une nouvelle analyse neurologique. A cet égard, il est constaté que les Drs K.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ de la R.\_\_\_\_\_, dans leur rapport de synthèse du 23 juin 2016, ont - sur la base de tous les rapports, soit notamment le consilium du 9 juin 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_ (cf. rubrique bilans et investigations) - estimé qu'il n'y avait rien à relever sur le plan neurologique, rappelant à ce sujet le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 14 avril 2016. Ils n'ont donc pas estimé qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle analyse neurologique comme recommandée par le Dr F.\_\_\_\_\_.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était par conséquent légitimée à considérer, déjà au stade de la décision litigieuse, que la situation médicale était exhaustivement instruite sur le plan neurologique, ce que n'a fait que confirmer l'appréciation médicale sollicitée en cours d'instruction judiciaire par l'intimée et rendue le 17 mai 2017 par le Dr I.\_\_\_\_\_.

Partant, les griefs tirés d'une instruction menée incorrectement et d'une violation du droit d'être entendu doivent être rejetés.

**10. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 4 al. 3 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Alessandro Brenci (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a produit une liste de ses opérations, datée du 21 août 2017 et totalisant 9 heures et 40 minutes. Vérifiée d'office, cette liste doit être approuvée. L'indemnité d'office sera dès lors fixée à 1'938 fr. 60 (débours par 55 fr. et TVA par 143 fr. 60 compris).

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

- I. Le recours formé le 27 mars 2017 par C.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 24 février 2017 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 Alessandro Brenci, conseil de C.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 1'938 fr. 60 (mille neuf cent trente-huit francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alessandro Brenici (pour le recourant),
- 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).

Le greffier :