

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 juin 2019

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Reymond, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA ; 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Le 29 juin 2000, V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), qui exerçait la profession de boucher, a été victime d'un grave accident de la circulation routière, qui s'est soldé par un fracas facial, une luxation postérieure de la hanche gauche avec fracture du cotyle gauche, une fracture-luxation de Lisfranc du pied droit avec fracture sous-capitale des métatarsiens II à IV et une fracture ouverte stade II de la palette humérale et de l'olécrâne gauches.

En 2003, l'assuré a été examiné par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a rendu son rapport d'expertise le 22 août 2003, dont il résultait que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle mais totale si l'intéressé était assis, occasionnellement debout avec des ports de charges n'excédant pas 10 kg.

A la demande de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi, le 26 mai 2005, un rapport d'expertise psychiatrique, dans lequel ce médecin a posé les diagnostics d'état dépressif majeur en rémission subtotale, de personnalité immature à traits caractériels et de fonctionnement passif-dépendant « subdécompensé » et a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. L'activité adaptée devait comporter des tâches simples et répétitives, ne demandant pas de prise d'initiative, ni d'analyse de problème complexe, être accomplie dans un environnement peu compétitif, lui permettant de conserver une certaine autonomie et de pouvoir conforter son narcissisme et éviter la régression et la désinsertion socio-affective. Selon ce spécialiste, la part des facteurs étrangers à l'accident dans le tableau psychique actuel était de 80 %. Ce médecin indiquait toutefois que le risque de décompensation psychique et d'évolution vers une sorte de sinistrose n'était pas exclu et que la situation devrait être réévaluée auprès d'un médecin expert avant de conclure à une invalidité psychique définitive. Le pronostic était donc en partie réservé.

Le 7 juillet 2005, l'assuré a été examiné par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, qui a considéré que le susnommé pouvait travailler à plein temps dans une activité légère, largement sédentaire et permettant l'alternance des positions. Dans son appréciation médicale du même jour, le Dr K.\_\_\_\_\_ a fixé le taux d'atteinte à l'intégrité à 50%.

Par décision de la CNA du 29 mai 2008, confirmée par décision sur opposition du 31 janvier 2013, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 27% avec effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 2008. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 53'400 fr., fondée sur un taux de 50%, lui a également été versée pour les atteintes du coude gauche et de l'épaule droite.

**B.** S'appuyant sur un rapport d'expertise judiciaire bidisciplinaire conduite par la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, rapport rendu le 2 mai 2013 dans le cadre d'une procédure pendante devant la Cour civile du Tribunal cantonal (ci-après : la Cour civile), V.\_\_\_\_\_ a demandé, le 4 octobre 2013, la révision de toutes les décisions rendues par la CNA. Dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire, les spécialistes précités ont en particulier retenu les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ou processus d'invalidation ; F68.0), d'épisode dépressif, récurrent, moyen, sans syndrome somatique (F33.10) et de traits de personnalité de type narcissique et immature (F60.8) et ont conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité, en raison principalement des problèmes psychiatriques mais également en raison des lésions ostéo-articulaires et maxillo-faciales subies par l'intéressé.

Dans un rapport du 7 janvier 2014 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, a confirmé que l'état de santé de celui-ci s'était aggravé depuis les derniers rapports médicaux en possession de cet office, datant de

2007. Il a indiqué que l'évolution était caractérisée par l'installation d'une sinistrose (F68.0), un trouble dépressif récurrent avec des épisodes dépressifs plus fréquents et parfois sévères (F33.2) ainsi que des consommations d'alcool massives de type dipsomaniaque (F10.26) dans le cadre d'une structure de personnalité particulièrement vulnérable et limitée. Il a ajouté que l'encadrement social et thérapeutique dont bénéficiait l'assuré au sein de l'Hôpital T.\_\_\_\_\_ avait participé de manière prépondérante à éviter un passage à l'acte durant les deux dernières années et que le pronostic du Dr M.\_\_\_\_\_ posé en 2004, dont le rapport était alors discutable, s'était malheureusement confirmé.

Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise bidisciplinaire du 2 mai 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ et le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et également médecin-conseil auprès de la CNA, ont établi une appréciation médicale commune le 10 juin 2014, au terme de laquelle ils ont estimé qu'il n'y avait pas de motif sérieux qui justifiait de s'écarter des conclusions prises par le Dr M.\_\_\_\_\_ en 2005, l'expertise bidisciplinaire n'apportant pas de faits nouveaux. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a encore apporté des précisions dans un rapport du 9 mars 2015, dans lequel il mentionnait en particulier que le processus d'invalidation, pressenti par le Dr M.\_\_\_\_\_ et confirmé par la Dresse W.\_\_\_\_\_, ne représentait pas une aggravation des troubles psychiques en soi et qu'il n'y avait ainsi ni aggravation de l'état de santé, ni rechute.

Dans une appréciation complémentaire du 9 mars 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit :

« Nous avons écrit que l'argumentation de Mme le Dr W.\_\_\_\_\_ semblait plus convaincante et plus proche du sens commun que l'hypothèse échaudée par le Dr M.\_\_\_\_\_. En fait, il est plus plausible de considérer que l'accident du 29 juin 2000 a joué un rôle dans le développement et la persistance des troubles psychiques manifestes de l'assuré plutôt que de considérer que les troubles psychiques antérieurs auraient conduit à la même situation de fait actuel sans cet accident du 29 juin 2000. Nous admettons donc un lien de causalité naturelle, certes partielle, entre les troubles psychiques actuels et l'accident du 29 juin 2000.

Mais nous ne pouvons pas suivre les conclusions de Mme le Dr W.\_\_\_\_\_ en ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré. En

effet, elle estime que l'assuré est totalement incapable de travailler mais elle ne justifie pas cette assertion par une description des limitations fonctionnelles. Elle estime que le processus d'invalidation reconnu justifie cette incapacité de travail. Or on ne peut pas admettre une telle conclusion. En effet, l'assuré estime ne plus pouvoir travailler mais cela ne signifie pas que d'un point de vue médical ou psychiatrique sa capacité de travail soit nulle.

Le rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ mentionnait que le risque de décompensation psychique existait et que l'évolution vers une sinistrose ne pouvait pas être écartée. Or le rapport de Mme le Dr W. \_\_\_\_\_ ne fait pas état d'une telle décompensation ni d'une évolution particulièrement dramatique du point de vue psychiatrique. Nous ne constatons pas d'aggravation notable de l'état de santé psychique, ni somatique, de l'assuré en l'espace huit ans. Le processus d'invalidation, pressenti par le Dr M. \_\_\_\_\_ et confirmé par Mme le Dr W. \_\_\_\_\_, ne représente pas une aggravation des troubles psychiques en soi. Il s'agit d'une incapacité de l'assuré à mettre en œuvre une capacité de travail exigible et d'un effort de volonté possible. Il n'y a donc ni aggravation ni rechute.

En conséquence, j'estime que l'expertise des Drs Q. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun fait médical nouveau justifiant une révision des décisions du point de vue médical. Nous maintenons notre appréciation du 10 juin 2014 en ce sens que les troubles psychiques que présente l'assuré sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 29 juin 2000 mais que ces troubles psychiques ne justifient pas d'incapacité de travail totale mais une limitation de cette capacité telle que l'a décrite le Dr M. \_\_\_\_\_. »

Par décision du 24 juin 2014, confirmée sur opposition le 1<sup>er</sup> septembre 2014, elle-même confirmée par arrêt du 29 août 2016 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO ; AA 103/14 - 93/2016), la CNA a rejeté la demande de révision déposée par l'assuré le 4 octobre 2013.

La CASSO a notamment retenu ce qui suit dans l'arrêt précité:

« **aa)** En premier lieu, on relèvera, à l'instar des Drs K. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, que les diagnostics posés en 2005 et 2013 sont somme toute assez proches, puisque dans les deux cas les experts conviennent que l'assuré présente un trouble dépressif et un trouble de la personnalité, ou tout au moins des singularités de la personnalité. Les Drs Q. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ retiennent au surplus un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il ne s'agit cependant pas de faits ou de moyens de preuves nouveaux, mais uniquement d'une appréciation médicale quelque peu différente, puisque le Dr M. \_\_\_\_\_ inclut la majoration des symptômes dans le cadre du trouble de la personnalité décompensée.

**bb)** Bien qu'elle admette la présence de signes pré-morbides chez l'assuré, l'accident paraît à la Dresse W. \_\_\_\_\_ avoir joué un rôle déterminant dans la survenue et le développement des troubles psychiques qu'elle observe encore actuellement. C'est probablement sur ce point et non pas sur celui des diagnostics que les deux expertises divergent en réalité. A cet égard, le Dr F. \_\_\_\_\_ relève que la question du statu quo sine, notamment en présence de troubles psychiques, est particulièrement délicate. En effet, qu'il y ait ou non un état antérieur pré-morbide, il est difficile de savoir, sans aucun doute possible, ce qu'aurait été l'évolution d'une personne dans sa globalité en l'absence d'un accident. Il considère que l'argumentation développée par la Dresse W. \_\_\_\_\_ peut sembler plus convaincante et plus proche du sens commun que l'hypothèse échafaudée par le Dr M. \_\_\_\_\_. Il se garde toutefois de trancher définitivement la question puisque les deux hypothèses peuvent se défendre.

Pour ce qui est de la capacité de travail, le Dr M. \_\_\_\_\_ a estimé qu'elle était largement préservée dans une activité adaptée. Il a aussi décrit les exigences strictes auxquelles cette activité devait satisfaire pour être exigible. Les Drs Q. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ quant à eux estiment que celle-ci est nulle en raison principalement des troubles psychiques du recourant (cf. rapport d'expertise de ces médecins points 10 et 11). En réalité, ces praticiens se contentent d'affirmer que le processus d'invalidation justifie cette incapacité de travail. Comme le relèvent à juste titre les Drs K. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ cautionnent sans réserve la situation de fait que le recourant leur a présentée au terme d'un processus d'invalidation, pourtant expressément reconnu comme tel dans leur expertise.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ relève encore que le Dr M. \_\_\_\_\_ mentionnait que le risque de décompensation psychique existait et que l'évolution vers une sinistrose ne pouvait pas être écartée. Or, le rapport de la Dresse W. \_\_\_\_\_ ne fait pas mention d'une décompensation, ni d'une évolution particulièrement dramatique du point de vue psychiatrique. Ainsi, il n'a pas été constaté d'aggravation notable de l'état de santé psychique ni somatique de l'assuré en l'espace de huit ans. Le Dr F. \_\_\_\_\_ admet certes que les troubles psychiques que présente l'assuré sont probablement partiellement en lien de causalité naturelle avec l'accident du 29 juin 2000, mais il constate également que ces troubles psychiques ne justifient pas d'incapacité de travail totale, mais une limitation de cette capacité de travail telle que l'a décrite le Dr M. \_\_\_\_\_ (...).

Au vu de ces éléments, l'expertise des Drs Q. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ ne saurait constituer une preuve nouvelle propre à motiver une révision de la décision sur opposition du 31 janvier 2013, dans la mesure où elle déduit simplement des conclusions différentes de faits connus au moment de la décision entrée en force. Les conditions d'une révision procédurale ne sont pas réalisées et il n'existe pas non plus de modification importante de l'état de santé ni de modification des conséquences économiques des séquelles accidentelles, restées en soi stationnaires. Au surplus, remettre en cause le bien-fondé de l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ quant à la causalité naturelle, ne rendrait pas la décision du 31 janvier 2013

manifestement erronée avec la précision que l'administration n'est de toute façon pas tenue de reconsidérer une décision. »

La Cour civile a, quant à elle, rendu un arrêt le 28 février 2017 (CO07.029084 - 10/2017/EKA), dont on extrait ce qui suit :

« **d)** En l'occurrence, le rapport d'expertise judiciaire établi le 13 mai 2013 par les Drs Q.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ répond aux réquisits jurisprudentiels (...) et a par conséquent pleine valeur probante, quoi qu'en pensent les défendeurs. En effet, comme le juge instructeur l'a constaté dans les motifs de son jugement incident du 11 avril 2014, que la Cour civile fait siens, l'expertise judiciaire médicale a été conduite avec méthode et rigueur, en prenant en compte tous les éléments pertinents au dossier. L'experte psychiatre W.\_\_\_\_\_, qui était libre de choisir sa méthode d'examen, a exposé les motifs de son choix qui sont convaincants. Contrairement à ce que prétendent les défendeurs, elle n'a ensuite pas simplement repris les déclarations du demandeur, mais les a appréciées à la lumière de tous les éléments médicaux pertinents pour fonder son opinion propre, au terme d'un raisonnement clair exposant en particulier ses divergences d'avec les autres avis médicaux au dossier. Ses manquements administratifs postérieurs à l'expertise ne sont au surplus pas pertinents pour apprécier la valeur probante de son rapport, et les incohérences et contradictions énumérées par les défendeurs ne mettent pas non plus en doute sa crédibilité, concernant des points de détail non décisifs ou de nature non médicale.

Ce qui précède n'implique cependant pas encore que la valeur probante de l'expertise rendue le 26 mai 2005 par le Dr M.\_\_\_\_\_ en procédure d'assurance-accidents doive d'emblée être niée. Comme il ressort des considérants de la décision sur opposition de la SUVA du 31 janvier 2013, en matière d'assurances sociales, la valeur probante des rapports d'expertises médicaux découle de leur caractère concluant et vierge de contradictions intrinsèques, ainsi que de l'absence d'indice venant les remettre en question (cf. consid. 3 et l'ATF 125 V 351 3b cité à cet endroit, en particulier sa let. aa dont il ressort en substance que l'avis de l'expert ne peut être remis en cause que par des éléments de nature clinique ou diagnostique). Cette qualité a en l'occurrence été reconnue au rapport du Dr M.\_\_\_\_\_, qu'aucun élément au dossier de la SUVA ne venait contredire au moment où celle-ci a rendu sa décision. Il a ainsi été reconnu, tant dans le cadre de la procédure d'opposition en matière d'assurance-accidents que dans la procédure judiciaire de recours en matière d'assurance-invalidité, que la situation médicale du demandeur avait été examinée à satisfaction du droit, et il n'appartient pas à la Cour civile de remettre en cause les considérations des autorités administratives et judiciaires compétentes sur ce point. L'argumentation du demandeur quant à une éventuelle partialité du Dr M.\_\_\_\_\_ n'a pas sa place ici, et l'avis de ce dernier ne peut pas être écarté sans autre considération.

**e)** La Cour civile est ainsi confrontée à deux expertises, l'une judiciaire et l'autre administrative, dont la valeur probante ne peut

pas d'emblée être niée. Sa situation diffère en cela de celle des autorités qui se sont précédemment prononcées sur la situation médicale du demandeur. Ainsi, tant la décision sur opposition de la SUVA du 31 janvier 2013 en matière d'assurance-accidents, entrée en force, que l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_66/2011 du 4 octobre 2011 clôturant la procédure en matière d'assurance-invalidité, sont antérieurs au rapport d'expertise judiciaire du 13 juin 2013. Le demandeur a certes voulu porter celui-ci à la connaissance de ces autorités par deux demandes de révision déposées les 4 octobre 2013 et 20 février 2014. La SUVA a rejeté la première par décision du 24 juin 2014 puis par décision sur opposition du 25 juillet 2014. Ce rejet n'est cependant pas motivé par l'absence de valeur probante de l'expertise judiciaire, mais par les conditions de la révision elle-même, seul un fait nouveau permettant à ce stade de donner gain de cause au demandeur alors que l'expertise judiciaire représentait seulement un avis différent portant sur les mêmes faits. Le Tribunal fédéral a quant à lui déclaré irrecevable la demande de révision en matière d'assurance-invalidité par arrêt du 17 mai 2014 faute de paiement de l'avance de frais, mais sans se prononcer sur la valeur probante de l'expertise judiciaire. Ces décisions n'apportent ainsi aucun élément, favorable ou défavorable, quant à la valeur probante de l'une ou l'autre expertise.

Il faut donc procéder à l'appréciation de ces deux moyens de preuve à l'aune de leur contenu matériel. La Cour civile agira ici avec retenue, sans substituer sur des points médicaux sa propre appréciation à celle des experts qualifiés.

Sous l'angle psychiatrique, le Dr M.\_\_\_\_\_ a fondé son opinion sur un unique entretien avec le demandeur le 2 décembre 2004, une série de tests psychométriques et les pièces médicales mises à sa disposition. L'experte judiciaire psychiatre W.\_\_\_\_\_ a quant à elle privilégié une méthode permettant un temps d'observation plus long de l'intéressé, exposant que celle-ci était plus à même d'éviter de retenir seulement les déclarations subjectives de l'expertisé que les tests psychométriques même après validation de ceux-ci. Au terme de ses observations, elle a distingué deux interprétations divergentes de la situation médicale du demandeur. L'une décrit le demandeur comme un homme ayant vécu dès l'enfance dans une atmosphère familiale perturbée et souffrant d'un trouble majeur de la personnalité entraînant de longue date de nombreuses difficultés; dans cette hypothèse, qui est celle du Dr M.\_\_\_\_\_, l'accident du 29 juin 2000 n'aurait eu qu'une importance moindre dans l'évolution du demandeur. La seconde décrit celui-ci comme un homme sans anamnèse particulièrement traumatique et fonctionnant de manière globalement harmonieuse avant l'accident, qui aurait entraîné brutalement et définitivement l'écroulement de ses projets, la perte de ses repères et des symptômes douloureux persistants. Selon l'experte psychiatre, l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_ était contradictoire quant à l'apparition des symptômes dépressifs du demandeur, qui avait d'abord été rattachée aux difficultés conjugales de celui-ci au mois d'octobre 2001 avant d'être fixée à ses difficultés de réinsertion à la fin de l'année 2002 ou au début de l'année 2003. L'experte psychiatre a en outre relevé que le Dr M.\_\_\_\_\_ avait établi une évolution des troubles dépressifs fondée sur une erreur de chronologie, retenant une amélioration le 2 mars 2004, qui aurait été cohérente avec la situation sentimentale

de l'intéressé, alors que l'amélioration n'avait été constatée que le 16 août 2004 dans une situation différente. Cette contradiction est corroborée par les pièces au dossier, puisque les rapports médicaux du Dr K. \_\_\_\_\_ des 2 mars et 16 août 2004, qui n'ont pas été allégués, sont résumés dans le rapport médical du même praticien du 7 juillet 2005 partiellement reproduit dans l'état de fait; on y trouve en particulier la confirmation de l'erreur de chronologie du Dr M. \_\_\_\_\_, le Dr K. \_\_\_\_\_ rattachant au demeurant les troubles dépressifs à la situation professionnelle du demandeur et non à sa situation sentimentale. Selon l'experte psychiatre, l'évolution du demandeur telle qu'elle ressort de la chronologie corrigée des avis exprimés, en particulier dans les rapports de divers praticiens entre les mois d'octobre 2001 et mars 2004 que le Dr M. \_\_\_\_\_ avait écartés, permettait de rattacher ses troubles psychiques à l'accident du 29 juin 2000. Elle a ainsi estimé que le demandeur avait un fonctionnement normal avant l'accident du 29 juin 2000, et que celui-ci avait entraîné des troubles psychiques totalement invalidants.

L'opinion de l'experte psychiatre suit ainsi précisément les pièces du dossier, à l'inverse de l'avis du Dr M. \_\_\_\_\_ qui repose en particulier sur une erreur de chronologie faussant les interactions entre la situation de vie du demandeur et son évolution psychique. On écartera dès lors l'avis de ce praticien pour se rallier à celui de l'experte psychiatre, que rien dans le résultat de l'instruction ne vient remettre en doute.

Par ailleurs, les défendeurs ne critiquent pas les constatations de l'expert judiciaire somatique Q. \_\_\_\_\_, qui sont pertinentes et bien motivées et auxquelles on peut dès lors se fier. L'avis de l'expert judiciaire somatique l'emporte en particulier sur celui du Dr L. \_\_\_\_\_, dont les conclusions reposaient sur la prévision - démentie par la suite - que le demandeur serait apte à reprendre une activité professionnelle au terme des mesures de reclassement de l'assurance-invalidité.

**f)** Au vu de ce qui précède, et fondée sur les constatations des experts judiciaires Q. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, la Cour civile retient que le demandeur est en incapacité de travail totale depuis le 30 juin 2000, de manière définitive.

Les experts judiciaires médicaux ont en particulier expressément conclu que l'accident du 29 juin 2000 était la seule cause de l'incapacité de travail du demandeur. On ne saurait dès lors suivre les défendeurs lorsqu'ils plaident l'absence de lien de causalité entre cet événement et les troubles psychiques du demandeur. »

**C.** A la suite du projet d'acceptation de rente d'invalidité entière du 17 août 2017 de l'OAI, V. \_\_\_\_\_ a demandé que sa rente d'invalidité LAA soit augmentée dans la même mesure et que le degré d'invalidité soit aussi fixé à 100%.

Le 13 octobre 2017, la CNA a informé l'assuré que le droit à la rente d'invalidité n'était pas modifié.

Se référant à un nouveau rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 27 février 2017 ordonné par l'OAI, lequel était à l'origine du projet d'octroi de rente entière du 17 août 2017, ainsi qu'au rapport du 14 août 2017 du Dr G. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (SMR), l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a indiqué, par lettre du 24 octobre 2017, qu'il contestait la position de la CNA.

Dans son rapport du 27 février 2017, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a en particulier retenu les diagnostics de sinistrose ou processus d'invalidation (F68.0), d'épisode dépressif, récurrent moyen, sans syndrome somatique (F33.10), de dipsomanie (F10.2) ainsi que de traits de personnalité de type narcissique et immature (F60.8). Cette spécialiste a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité depuis l'accident jusqu'au jour de l'expertise ayant pour motif principal les problèmes psychiques dépressifs mais également les lésions ostéoarticulaires et cervico-faciales subies par l'expertisé et a précisé que l'état de santé psychique de l'intéressé entre l'expertise réalisée en 2013 et la présente expertise s'était dégradé. Elle a en outre mentionné ce qui suit :

« Le temps écoulé depuis l'accident et la remise en question des atteintes et des diagnostics ont probablement renforcé le processus d'invalidation.

C'est pourquoi, les controverses maintenues dans ce dossier et les batailles d'experts ont été très préjudiciables à l'expertisé.

Les troubles somatiques et psychiques dont se plaint l'expertisé lui permettent désormais d'exposer une invalidité qui est acceptable pour lui, car ils expriment la détresse que vit l'expertisé face à sa situation.

En effet, il y a derrière ce processus d'invalidation un besoin de retrouver une identité, une image sociale honorable, donc plus que la recherche d'une compensation, il s'agit d'un mécanisme psychique compensatoire au sens large, la seule porte de sortie honorable.

Je reprends aujourd'hui les conclusions de l'expertise multidisciplinaire de 2013, qui signalait que nous étions en présence d'éléments irréfutables prouvant que l'atteinte à l'intégrité corporelle totale et l'incapacité de travail durable depuis juin 2000 résultaient exclusivement de l'accident en cause.

Face à l'évolution de cette situation, il était déjà certain que l'expertisé avait subi une atteinte durable de son intégrité corporelle, et que celle-ci avait été déclenchée par l'accident dont les conséquences avaient entraîné l'effondrement progressif de son fonctionnement psychique antérieur.

Après encore près de 4 ans d'évolution depuis cette expertise, la dégradation globale de l'état psychique de l'expertisé est manifeste, et le processus d'invalidation s'est malheureusement confirmé.

Le rapport de causalité à une vraisemblance prépondérante en ce qui concerne le trouble psychique de sinistrose, la dipsomanie et le trouble dépressif majeur récurrent de gravité moyenne.

(...)

Face à l'évolution de cette situation comportant à la fois une atteinte physique et psychique, il paraît certain que l'expertisé a subi une atteinte durable de son intégrité corporelle, et que celle-ci a été déclenchée par l'accident dont les conséquences ont entraîné l'effondrement progressif de son fonctionnement psychique antérieur.

Le total des lésions entraînant une atteinte à l'intégrité corporelle, physique et psychique, se montait dans l'expertise multidisciplinaire de 2013 à 130%. Qui le rendait totalement inapte au travail.

Actuellement l'atteinte à l'intégrité psychique peut être évaluée comme étant au moins égale à celle de 2013, évaluée à 70%.

La situation psychique ne peut malheureusement qu'être encore péjorée à l'avenir vu l'installation dans l'évolution du processus sinistrosique, et d'une dipsomanie révélée par le psychiatre traitant et reconnue par l'expertisé, et par le temps d'évolution de l'atteinte psychique qui rend le pronostic très réservé.

L'incapacité de travail consécutive à l'accident de juin 2000 a donc eu pour motif initial l'atteinte ostéo-articulaire et maxillo-faciale. Cette incapacité totale a persisté jusqu'à aujourd'hui en raison de l'atteinte psychique consécutive aux séquelles de l'accident. »

Le Dr G.\_\_\_\_\_, quant à lui, s'est notamment exprimé en ces termes dans un rapport SMR établi le 14 août 2017 dans le cadre de la demande de prestations AI :

« La persistance des diagnostics à caractère incapacitant ainsi que la péjoration depuis 2013 du pronostic lié à des possibilités thérapeutiques restreintes sont attestées. Lors des périodes de décompensation les limitations fonctionnelles s'accroissent à savoir les difficultés dans la gestion des émotions, dans l'autonomie de la vie quotidienne, voire même de l'hygiène personnelle, et dans le rythme nyctéméral. La capacité de travail est estimée nulle depuis lors pour toute activité. (Dre W.\_\_\_\_\_, RM 27.02.2017 psychiatrie).

Conclusion : n'ayant pas d'arguments pour nous écarter des données de cette dernière expertise psychiatrique confirmant une péjoration significative depuis 2013, l'incapacité totale de travail depuis lors est admise. »

Le 16 janvier 2018, l'assuré a été examiné par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de la CNA. Dans son rapport du 23 janvier 2018, ce médecin a retenu les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger (F33.0), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance avec utilisation épisodique (F10.2) et de personnalité aux traits immatures et narcissiques sans atteindre le seuil diagnostique pour un trouble de la personnalité classifié. S'agissant du diagnostic de troubles mentaux et comportemental dus à l'utilisation de l'alcool, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé que ce diagnostic était apparu pour la première fois dans le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2014. Il a précisé qu'il s'agissait d'une péjoration de l'évolution clinique, d'une nouvelle comorbidité qui n'était pas encore présente en 2013, lors de l'expertise des Drs Q.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ et que ce trouble était plutôt sous-estimé dans sa dangerosité et quant aux risques qu'il amenait. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a par ailleurs mentionné ce qui suit :

« Les troubles psychiques pris chacun pour soi ne montrent donc pas de péjoration ou aggravation nette depuis 2008. Si on regarde par contre le tableau clinique dans sa globalité, on constate que les troubles ont gagné en chronicité, que l'espoir de rémission a diminué, qu'un nouveau troubles s'est rajouté (alcool) et qu'un équilibre psychique s'est instauré à un niveau d'exigence durablement réduit et sans perspective d'amélioration. Le pronostic clinique est donc davantage réservé, surtout vu la problématique d'utilisation problématique d'alcool, et ceci tant en comparaison avec 2008 (attribution de la rente) qu'avec 2015 (dernière appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ [sic]). On peut espérer que la résolution des procédures juridiques, au cas où l'assuré réussirait à les accepter, puisse amener un certain apaisement et une atténuation du trouble dépressif récurrent, mais on en attend guère une mobilisation des ressources psychiques enfouis (sic). »

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a conclu son rapport en ces termes :

« A part le nouveau trouble psychique lié à l'utilisation d'alcool, qui est en lien de causalité au plus possible avec l'accident de 2000, les

troubles psychiques dont souffre l'assuré n'ont pas beaucoup évolué ni se sont significativement aggravés depuis l'attribution de la rente en 2008. Mais, en ce qui concerne « les séquelles psychiques de l'accident », terme bien plus large que celui de « trouble psychique », il s'agit de constater que le pronostic est davantage réservé qu'en 2008. Il reste à ajouter que l'évolution clinique et psycho-sociale de l'assuré pourra être favorisée par une résolution acceptable (et acceptée par l'assuré) des procédures juridiques en cours. Tant que l'assuré reste focalisé sur les questions de justice et de rente, il ne pourra guère trouver la motivation pour soigner sa tendance à la dépendance à l'alcool, ni pour s'engager dans les traitements suffisamment intenses du trouble dépressif récurrent. »

Par décision du 15 février 2018, la CNA a refusé de modifier le degré d'invalidité de 27%, en précisant que les conditions requises pour l'augmentation de la rente de l'assuré n'étaient pas réunies.

Dans le délai légal, V.\_\_\_\_\_ a formé opposition contre la décision précitée en concluant à l'annulation de celle-ci et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2015 et avec intérêt à 5% l'an à compter de cette même date. Le recourant a également demandé qu'une IPAI de 100% lui soit versée, avec intérêt à 5% à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015.

Par décision sur opposition du 13 avril 2018, la CNA a confirmé sa position, en se fondant essentiellement sur le rapport du 23 janvier 2018 de son médecin-conseil, le Dr C.\_\_\_\_\_, lequel a estimé que l'on ne retrouvait pas d'aggravation notable des séquelles psychiques de l'accident chez l'assuré.

**D.** Par acte du 8 mai 2018, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la CASSO, en concluant à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juin 2015, avec intérêt à 5% l'an depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 et à ce qu'une IPAI de 100% lui soit accordée, avec intérêt à 5% l'an depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 et, subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant fait en substance valoir que le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante, dès lors qu'il écarte de façon arbitraire et sans discussion les constatations faites par la Dresse W.\_\_\_\_\_ en 2013 et en 2017 au profit de celles du Dr M.\_\_\_\_\_, tout en précisant que la Cour

civile a retenu, dans son jugement du 28 février 2017, que le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ reposait en particulier sur une erreur de chronologie faussant les interactions entre la situation de vie du demandeur et son évolution psychique alors que l'opinion de l'experte psychiatre W.\_\_\_\_\_ suivait précisément les pièces du dossier. Le recourant soutient par ailleurs que l'OAI a constaté une aggravation de son état de santé entre 2006 (année de la précédente décision - négative - de l'OAI) et 2015 (date de la nouvelle demande de prestations AI) en se fondant sur le rapport établi par le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR, qui repose lui-même sur le rapport d'expertise de la Dresse W.\_\_\_\_\_ du 27 février 2017, aggravation qu'a nié, à tort, le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 janvier 2018. Le recourant se réfère également au rapport médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2014, qui atteste aussi d'une aggravation de son état de santé, et estime que la CNA aurait dû tenir compte d'un degré d'invalidité de 100%, conformément au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité. Enfin, il prétend avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100%, fondée sur un taux d'invalidité de 100%.

Par décision du 14 mai 2018, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 mai 2018, sous la forme de l'assistance d'un avocat en la personne de Me Philippe Reymond, étant précisé que le recourant était exonéré du paiement de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 14 août 2018, la CNA, sous la plume de son conseil, fait valoir que la demande de révision du 4 octobre 2013 se fondait déjà sur l'expertise psychiatrique de la Dresse W.\_\_\_\_\_ effectuée en 2013 dans le cadre d'une procédure civile contre l'assureur en responsabilité civile et que dans la mesure où cette demande a fait l'objet de l'arrêt rendu par la CASSO le 29 août 2016, entré en force faute de recours, le recourant ne pourrait déposer une nouvelle demande de révision ayant le même fondement. Par ailleurs, la CNA constate, à la lecture du jugement de la Cour civile, que le recourant a été pleinement indemnisé sur le plan civil pour la perte de gain dont il se prévaut envers

l'assureur-accidents et que, partant, une augmentation de la rente LAA versée en faveur du recourant conduirait à une surindemnisation.

Par réplique du 5 octobre 2018, le recourant précise que la précédente demande de révision, qui a fait l'objet de l'arrêt rendu par la CASSO le 29 août 2016 reposait principalement sur les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse W.\_\_\_\_\_ et du Dr Q.\_\_\_\_\_ de 2013, rendu dans le cadre de la procédure civile qui était alors pendante devant la Cour civile, alors que la présente procédure a un fondement différent puisqu'elle repose sur la décision d'octroi d'une rente AI rendue par l'OAI le 17 août 2017 qui retient un degré d'invalidité de 100% et qui se fonde sur une nouvelle expertise, exclusivement psychiatrique, rendue par le Dresse W.\_\_\_\_\_ en date du 27 février 2017. Le recourant précise également qu'il n'entend en aucun cas obtenir une quelconque surindemnisation de son dommage mais qu'en vertu des règles de subrogation et de coordination, il appartient en premier lieu à la CNA d'octroyer une rente entière d'invalidité fondée sur la LAA. Le recourant réitère en outre les mesures d'instruction requises dans son acte du 8 mai 2018, en particulier l'audition de la Dresse W.\_\_\_\_\_ et la production du dossier complet de l'OAI le concernant.

Par duplique du 29 octobre 2018, la CNA relève qu'il n'y a aucune prééminence de l'un des assureurs sociaux par rapport à l'autre, si bien que l'argument du recourant ne peut être suivi et qu'une surindemnisation résulte clairement du jugement civil produit par le recourant lui-même.

### **E n d r o i t :**

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

assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**2.** Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si la CNA était fondée à refuser de modifier le droit à la rente d'invalidité du recourant et de maintenir un degré d'invalidité de 27%, singulièrement sur le point de savoir si une aggravation de l'état de santé du recourant peut être retenue et, le cas échéant, si cette aggravation est en lien de causalité avec l'accident survenu le 29 juin 2000, ainsi que sur la quotité de l'IPAI arrêtée.

**3.** Selon l'art. 18 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108

consid. 5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Rüedi, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 15).

**4. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

**b/aa)** Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé,

un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.).

**bb)** En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

**c)** En présence d'une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans

le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. Par contre, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140; 403 consid. 5c/aa p. 409) :

- 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 au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

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 ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêts 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5, in SVR 2010 UV n° 25 p. 100; 8C\_510/2015 du 20 octobre 2015 consid. 6.2; 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1).

**5.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour

prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge

accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C \_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**6. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en

considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à

une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**c)** Le changement de jurisprudence dans le domaine de l'assurance-invalidité relatives aux syndromes douloureux somatoformes et aux affections psychosomatiques comparables selon l'arrêt ATF 141 V 281 vaut par analogie lorsqu'il y a lieu d'examiner le droit à une rente de l'assurance-accidents obligatoire en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique dont la relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré a été admis (ATF 141 V 574).

**7. a)** En l'espèce, l'intimée a refusé d'augmenter la rente d'invalidité du recourant, motif pris qu'il n'avait pas démontré, au stade de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de son état de santé. Elle s'est essentiellement fondée, pour parvenir à cette conclusion, sur le rapport de son médecin-conseil, le Dr C.\_\_\_\_\_. Le recourant considère en revanche que le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ n'a pas valeur probante, dès lors qu'il écarte sans discussion les constatations établies par les deux expertises de la Dresse W.\_\_\_\_\_ (en 2013 et 2017) au profit de celles des Drs F.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Il estime que l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR, rendu dans le cadre du dossier AI, dans lequel ce médecin constate une aggravation de son état de santé et qui se fonde lui-même sur le rapport d'expertise du 27 février 2017 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, doit être préféré à l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_.

**b)** Sur le plan somatique, la CNA s'était fondée, dans sa décision d'octroi de rente du 29 mai 2008, confirmée le 31 janvier 2013, sur l'appréciation médicale du Dr K.\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2005, lequel précisait qu'au chapitre des séquelles de l'accident survenu en juin 2000, on retrouvait un status après mise en place d'une prothèse totale de hanche à gauche, une arthrose assez extensive touchant toute la partie interne du Lisfranc à droite, un remaniement post-traumatique du coude gauche avec une arthrose débutante de cette articulation, de multiples cicatrices, intéressant notamment la face, responsables d'un préjudice

esthétique ainsi qu'une omarthrose droite débutante. La capacité de travail était estimée à 100% dans une activité légère, largement sédentaire et autorisant des positions alternées. Dans son arrêt du 29 août 2016 faisant suite à une première demande de révision du 4 octobre 2013, la CASSO a retenu que les séquelles, sur le plan somatique, étaient connues et manifestement inchangées par rapport à la situation qui prévalait en 2005. Cette appréciation peut en l'occurrence être reprise, dans la mesure où le recourant n'invoque pas, à l'appui de sa demande de révision d'août 2017, d'aggravation de son état de santé sur ce plan et où aucun médecin n'a de surcroît attesté d'une aggravation allant dans ce sens.

**c)** Sur le plan psychiatrique en revanche, le recourant invoque une aggravation de son état de santé en se fondant en particulier sur le rapport d'expertise psychiatrique du 27 février 2017 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, établi dans le cadre de la demande de rente AI, et sur l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ de la CNA du 14 août 2017.

Dans son arrêt du 29 août 2016, la CASSO a considéré, à l'instar du Dr F.\_\_\_\_\_ et de l'intimée, que si les troubles psychiques présentés par l'assuré était probablement partiellement en lien de causalité naturelle avec l'accident du 29 juin 2000, le rapport des Drs Q.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ du 2 mai 2013 n'établissait pas d'aggravation notable de l'état de santé psychique de l'assuré justifiant une incapacité de travail totale mais une limitation de cette capacité de travail telle que l'avait décrite le Dr M.\_\_\_\_\_ Il n'y a ainsi pas lieu de revenir sur l'appréciation faite par la CASSO du rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 26 mai 2005, cette question ayant définitivement été tranchée dans l'arrêt précité. Pour rappel, le Dr M.\_\_\_\_\_ avait retenu les diagnostics d'état dépressif majeur en rémission subtotale, de personnalité immature à traits caractériels et de fonctionnement passif-dépendant « subdécompensé ». Cet expert expliquait que le recourant n'avait pas développé d'état de stress post-traumatique ni d'état dépressif majeur ou de modification durable de la personnalité après une situation de catastrophe en relation avec cet évènement. Il notait toutefois un état antérieur sous forme d'un trouble de la personnalité qui s'était décompensé après l'évènement

accidentel, mais pas exclusivement à cause de l'évènement lui-même, mais également en raison des nombreuses pertes objectives subies depuis lors, comme la baisse des performances physiques, l'échec matrimonial et de son reclassement professionnel sous l'égide de l'Al. S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'expert considérait que ce dernier possédait une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement mineure dans une activité adaptée à son invalidité physique et à la singularité de sa personnalité. L'expert précisait toutefois qu'une nouvelle décompensation psychique était à craindre dans une activité qui ne correspondait pas aux aspirations narcissiques du recourant. Les Drs Q.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont, quant à eux, posé les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ou processus d'invalidation), d'épisode dépressif récurrent, moyen, sans syndrome somatique, et de traits de la personnalité de type narcissique et immature. Ces médecins ont considéré qu'il existait un rapport de causalité entre le processus d'invalidation ainsi que le trouble dépressif majeur et l'accident. De leur avis, le recourant présentait une incapacité de travail totale en raison notamment des troubles psychiques (cf. rapport du 2 mai 2013).

Dans son rapport du 27 février 2017, la Dresse W.\_\_\_\_\_ retient les mêmes diagnostics que dans le précédent, en y ajoutant celui de dipsomanie. S'agissant du diagnostic de sinistrose ou processus d'invalidation, elle mentionne que face à l'évolution de la situation, il paraît certain que l'intéressé a subi une atteinte durable de son intégrité corporelle et que celle-ci a été déclenchée par l'accident dont les conséquences ont entraîné l'effondrement progressif du fonctionnement psychique antérieur de celui-ci. Elle précise également qu'entre l'expertise réalisée en 2013 et aujourd'hui, l'évolution de l'état de santé psychique du recourant s'est encore dégradé. Elle mentionne que l'état dépressif est décrit comme fluctuant par son psychiatre traitant mais marqué d'épisodes de décompensation avec éléments de type persécutoire et de préjudice pouvant parfois confiner au délire. Des moments de grand désespoir avec idéation suicidaire et dipsomanie sont également signalés. La Dresse W.\_\_\_\_\_ retient toujours une capacité de travail nulle avec

pronostic très réservé à l'avenir pour une récupération des troubles psychiques du recourant vu l'évolution désormais sinistreuse, précisant que cette évolution représentait une invalidité à pronostic très sombre pour l'état général de celui-ci. Ainsi, contrairement à ce qui prévalait lors de l'expertise de la Dresse W.\_\_\_\_\_ en 2013, où le Dr F.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 9 mars 2015) n'avait pas constaté d'aggravation du processus d'invalidation évoquée tant par la Dresse W.\_\_\_\_\_ que par le Dr M.\_\_\_\_\_, le rapport de la Dresse W.\_\_\_\_\_ fait état en 2017 d'une évolution particulièrement dramatique du point de vue psychiatrique de la sinistrose.

Dans son rapport d'examen psychiatrique du 5 février 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ de la CNA conclut certes que, à part le nouveau trouble psychique lié à l'utilisation d'alcool, qui est en lien de causalité au plus possible avec l'accident en 2000, les troubles psychiques dont souffre l'assuré n'ont pas beaucoup évolué ni se sont significativement aggravés depuis l'attribution de la rente en 2008. Ce médecin reconnaît toutefois, contrairement à ce que retient finalement la CNA, qu'en ce qui concerne les « séquelles psychiques de l'accident », terme bien plus large que celui de « trouble psychique », le pronostic est davantage réservé qu'en 2008. Il différencie ainsi les séquelles psychiques de l'accident des troubles psychiques et semble donc admettre une aggravation de l'état de santé du recourant au plan psychique.

On peine dès lors à comprendre pourquoi la CNA n'a pas davantage instruit cette aggravation ou du moins demandé des explications sur la différence faite par son médecin-conseil quant aux troubles psychiques constatés. On ne saisit pas non plus, à défaut de motivation, les raisons pour lesquelles la dipsomanie, diagnostic qui avait déjà été évoqué par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 janvier 2014 et confirmé aussi bien par la Dresse W.\_\_\_\_\_ en 2017 et que par le Dr C.\_\_\_\_\_ en 2018, ne serait pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, dans la mesure où il a été établi, en 2016, que les autres atteintes psychiques (en particulier l'état dépressif et la sinistrose) étaient en lien de causalité naturelle, à tout le moins partiellement, avec l'accident et dans la mesure où cette dipsomanie pourrait être une conséquence de

ces troubles psychiques. Ce nouveau diagnostic n'a ainsi pas fait l'objet d'un examen approfondi et l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ apparaît donc incomplet, sur ce point notamment.

Au niveau de la cohérence, le Dr C. \_\_\_\_\_ relève qu'il y a une discrépance entre l'intensité élevée des plaintes subjectives et le rare recours aux traitements psychiatriques et psychothérapeutiques possibles, voire indiqués. Or, à la lecture du rapport d'expertise de la Dresse W. \_\_\_\_\_, on constate que si le recourant refuse de recommencer un traitement médicamenteux en raison de leurs effets secondaires, pourtant recommandé par son médecin, et que le suivi n'est pas régulier, il se déclare motivé à maintenir son traitement psychothérapeutique qu'il reconnaît comme une aide importante dans son quotidien au fil des années (cf. p. 38 du rapport d'expertise du 27 février 2017). On ne saurait dès lors en déduire à l'instar du Dr C. \_\_\_\_\_ que l'état dépressif du recourant s'est amélioré étant donné l'absence de traitement.

Il résulte de ce qui précède que l'état de santé de l'assuré sur le plan psychique s'est aggravé. Il appartenait dès lors à l'intimée d'entrer en matière et d'examiner les effets de cette aggravation sur la capacité de travail du recourant. Selon le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 10 juin 2014 - confirmé le 9 mars 2015 - sur la base duquel l'intimée s'est fondée pour rendre sa précédente décision entrée en force, les troubles psychiques que présente l'assuré sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 29 juin 2000. Il faut dès lors déterminer si la nouvelle atteinte, soit la dipsomanie, est également en lien de causalité naturelle avec l'accident. En fonction des résultats de l'expertise psychiatrique, il appartiendra ensuite à l'intimée de se prononcer pour la première fois sur le lien de causalité adéquate entre les atteintes psychiques et l'événement accidentel.

Une fois le lien de causalité naturelle et adéquate établi, il sera nécessaire d'évaluer l'effet du diagnostic de sinistrose ou du processus d'invalidation sur la capacité de travail du recourant à l'aune de la nouvelle jurisprudence relative aux syndromes douloureux somatoformes et aux affections psychosomatiques (ATF 141 V 281 et ATF 141 V 574). En effet,

force est de constater que ni le Dr C.\_\_\_\_\_, ni la Dresse W.\_\_\_\_\_ n'examinent les ressources dont dispose le recourant, alors que le premier reconnaît notamment que de multiples efforts de reconversion et de réinsertion professionnelle n'ont pas abouti, que les troubles ont gagné en chronicité, que l'espoir de rémission a diminué, qu'un nouveau trouble s'est installé et qu'un équilibre psychique s'est instauré à un niveau d'exigence durablement réduit et sans perspectives d'amélioration et que la seconde évoque un effondrement progressif du fonctionnement psychique du recourant en raison du processus d'invalidation déclenché par l'accident.

**d)** En conclusion, en l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en toute connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin de déterminer s'il y a ou non existence d'un lien de causalité naturelle entre toutes les atteintes psychiques du recourant et l'accident survenu le 29 juin 2000, et, le cas échéant, déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité adéquate, puis, le cas échéant, dans quelle mesure l'aggravation de l'état de santé constatée au plan psychique a une incidence sur la capacité de travail du recourant, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus.

Il convient ainsi de renvoyer la cause à la CNA - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Il incombera ainsi à l'intimée de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA. Cela fait, il appartiendra ensuite à celle-ci de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

L'expert aura, le cas échéant, également à se prononcer sur une éventuelle augmentation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**8.** Le recours est en définitive admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 13 avril 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à V. \_\_\_\_\_ le montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Reymond (pour V. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :