

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourant, représenté par Me Habib Tabet, avocat à Vevey,

et

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

Art. 6, 10 et 16 LAA.

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, était employé depuis le 1^{er} janvier 2000 en qualité de mécanicien-électricien auprès de [...]. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la Caisse, la CNA ou l'intimée).

Le 7 juin 2009, alors qu'il était occupé à dévisser le bouchon métallique d'une machine sous pression, l'assuré a été heurté au thorax par ledit bouchon et projeté en arrière sur plusieurs mètres (ou, selon les versions, plus de quatre mètres, cinq mètres, ou six mètres). Il s'est vu diagnostiquer une contusion thoracique, une bursite post-traumatique du coude gauche et une entorse de l'interphalangienne proximale de l'auriculaire droit, donnant lieu à un traitement antalgique et à des séances de physiothérapie. Dans les suites de cet événement, l'intéressé a alterné entre des périodes d'incapacité de travail de 70 à 100 % jusqu'à son licenciement en 2012.

Le cas a été pris en charge par la CNA.

Un scanner thoracique effectué le 28 septembre 2009 a montré l'absence de fracture ou d'hématome, mais la présence de remaniements arthrosiques avancés des articulations sterno-costales, sans hématome visible ni autre lésion pariétale, ainsi que de quelques adénopathies médiastinales moyennes et de lésions pleuro-parenchymateuses cicatricielles des deux apex.

L'assuré a séjourné à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique T. _____) du 9 décembre 2009 au 19 janvier 2010. Dans ce contexte, une scintigraphie osseuse a été effectuée le 21 décembre 2009, révélant des bandes transversales d'hypercaptation au niveau du sternum, compatibles avec une contusion osseuse ou des fractures. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 22 décembre 2009 a en outre montré un

œdème spongieux du versant supérieur et moyen du corps du sternum correspondant à l'hypercaptation décrite à la scintigraphie, sans mise en évidence de fracture. Aux termes de leur rapport de synthèse du 29 janvier 2010, les médecins de la Clinique T. _____ ont conclu aux suites d'une contusion thoracique antérieure. Sous l'angle psychique, ils ont signalé des croyances erronées et des anticipations anxieuses, précisant qu'au moment de l'accident, l'assuré avait pensé être mort avec le sentiment qu'on lui plantait un pied de biche dans le cœur, que le couvercle métallique l'avait transpercé et que le sang allait lui sortir de la bouche.

Le 10 mai 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), qui débouchera sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2010. Dans ce cadre, le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale, a notamment évoqué une douleur d'ordre psychique et une dépendance au Tramal (rapport du 11 juin 2010).

Par rapport du 25 juin 2010, le Prof. L. _____, spécialiste en anesthésiologie, a évoqué une situation compatible avec un « *complex regional pain syndrom* » (CRPS ou SDRC [syndrome douloureux régional complexe]) dû à des lésions contusionnelles des nerfs intercostaux, se référant à la scintigraphie de décembre 2009. Le 25 août 2010, il a conclu à des signes indiscutables compatibles avec un SDRC et a précisé avoir procédé à l'implantation-test d'une sonde de stimulation médullaire dans la région dorsale haute, ce qui avait permis à l'assuré d'arrêter totalement ses analgésiques. Dans un rapport du 6 octobre 2010, le Prof. L. _____ a posé le diagnostic de lésion post-traumatique des nerfs intercostaux avec neuropathie chronique et SDRC, avec l'implantation d'un stimulateur rechargeable le 3 septembre 2010 ; il a relevé que subsistaient des douleurs d'origine plutôt squelettiques provenant des indesmose sternoclaviculaires et que des évaluations supplémentaires allaient être effectuées en vue d'établir un diagnostic définitif à cet égard. Enfin, dans un rapport du 3 décembre 2010, le Prof. L. _____ a maintenu ses

précédentes observations tout en précisant que la stimulation médullaire fonctionnait très bien pour réduire les douleurs neuropathiques de l'assuré mais que les douleurs provenant des structures musculo-squelettiques n'étaient couvertes que par la prise de Tramal.

Aux termes d'un rapport du 21 décembre 2010, le Prof. K._____, chef du Service de chirurgie thoracique et vasculaire du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier AA._____) a signalé des résidus d'une contusion tardive de la paroi thoracique antérieure éventuellement en relation avec une arthrose sterno-costale traumatisée.

Se prononçant le 15 mars 2011, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé avoir beaucoup de peine à reconnaître un substrat anatomo-pathologique clairement identifiable aux plaintes de l'assuré et a préconisé un examen neurologique.

Le 18 avril 2011, l'assuré a été examiné par le Dr Q._____, neurologue. Dans son rapport du 19 avril suivant, ce spécialiste a notamment fait état d'un status tout à fait particulier avec une importante douleur à toute tentative de pression du gril thoracique antérieur mais surtout une zone d'hypoesthésie tactile et douloureuse globale (dorso-latéro-antérieure) de D1 à D9, difficilement explicable par un processus de contusions des structures nerveuses superficielles tel qu'évoqué par le Prof. L._____. Cela étant, le Dr Q._____ n'a pas retenu d'atteinte neurologique significative associée aux douleurs post-traumatiques en lien avec la contusion thoracique, ceci en l'absence d'une fracture ou d'une autre pathologie importante ; s'il a estimé que les douleurs dysesthésiques avaient effectivement un caractère neuropathique, il a précisé que l'extension des troubles sensitifs ne traduisait pas l'existence d'une atteinte des structures nerveuses et notamment d'un SDRC.

Prenant position le 4 mai 2011, le Dr W._____ a notamment exposé que le violent traumatisme thoracique subi avait pu rendre douloureuses les articulations sterno-costales arthrosiques, mais que cela

n'expliquait que très partiellement l'ampleur et l'extension des plaintes ainsi que leur résistance à tous les traitements entrepris. A cela s'ajoutait qu'il y avait lieu de considérer le *statu quo sine* comme atteint en présence d'une simple contusion (sans fracture, sans pseudarthrose, ni dislocation) et à bientôt deux ans de l'accident. Selon le Dr W._____, le caractère neuropathique des douleurs laissait toutefois suspecter que de petits rameaux nerveux cutanés de la paroi antérieure du thorax avaient peut-être été lésés - ce qui correspondait à une atteinte à l'intégrité de 5 %, soit la moitié du taux prévu par la table d'indemnisation n° 2 pour une paralysie du nerf sciatique poplité externe. Concernant la capacité de travail, le Dr W._____ a retenu que du strict point de vue somatique, rien ne s'opposait à une reprise progressive de l'activité antérieure.

Lors d'un entretien téléphonique le 9 juin 2011 avec la CNA, un représentant de la société [...] a indiqué que l'activité de mécanicien-électricien n'était pas contre-indiquée pour l'assuré, porteur d'un stimulateur de type Restore ; la seule activité contre-indiquée était la soudure à l'arc.

Par décision du 29 juin 2011, la CNA a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 17 juillet 2011, considérant que l'assuré était apte à reprendre le travail à 50% dès le 4 juillet 2011 et à 100% dès le 18 juillet 2011. La Caisse a en revanche maintenu la prise en charge du traitement antalgique, notamment la stimulation médullaire.

Par décision du 4 juillet 2011, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6'300 fr., compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 5%.

L'assuré ayant formé opposition à l'encontre de ces décisions, la CNA les a confirmées par décision sur opposition du 11 octobre 2011.

B. Le 9 novembre 2011, l'assuré a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans ce contexte, l'intéressé a en particulier produit un rapport rédigé le 23 décembre 2011 par le Prof. B._____, de la Clinique universitaire [...], signalant la mise en œuvre de tests de mesure de la sensibilité thermique et sensorielle au niveau du thorax, diagnostiquant une suspicion de SDRC de type II du sternum après traumatisme thoracique en juin 2009 (avec indications d'une lésion neurologique partielle au niveau des nerfs intercostaux T2-T5 gauche et T3-T7 droite) et mentionnant également une dépression légère.

Du dossier constitué par l'assurance-invalidité, produit à la requête de la juge instructrice alors en charge du dossier, il est par ailleurs ressorti qu'une expertise avait été réalisée par le Dr R._____, neurologue. Dans son rapport du 13 novembre 2012, cet expert relevait l'absence d'éléments réellement objectifs, soulignant qu'il n'existait qu'une hypoesthésie subjective d'extension inhabituelle, dans le cas d'un traumatisme sans hématome ou contusion en phase aiguë, et doutant d'une lésion ou d'un écrasement multi-étagé de la presque totalité des nerfs intercostaux à droite comme à gauche, sans autre lésion associée. L'expert diagnostiquait ainsi des douleurs thoraciques antérieures après contusion de la région sternale, de type syndrome douloureux chronique, et de possibles discrètes séquelles sensibles pures des nerfs intercostaux, sans incidence sur le syndrome douloureux lui-même. Par ailleurs, un rapport d'expertise psychiatrique du 25 janvier 2013 des Drs F._____ et N._____, du Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux A._____), diagnostiquait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), depuis au moins plusieurs mois, et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, avec syndrome de dépendance et régime de maintenance sous surveillance médicale (F11.22), depuis au moins 2009. Enfin, il est apparu que dans un courrier du 6 février 2013 au Dr R._____, le Prof. L._____ avait maintenu son appréciation quant à la présence de douleurs neuropathiques post-traumatiques et d'autres douleurs de type mécanique.

Par arrêt du 15 octobre 2013 (CASSO AA 111/11 - 86/2013), la juridiction cantonale a admis le recours de l'assuré, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. En substance, constatant des contradictions et des lacunes sur les plans somatique et psychique s'agissant des séquelles de l'accident du 7 juin 2009 (consid. 5a et 5b), la Cour a estimé que l'instruction devait être complétée sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire comportant à tout le moins un volet neurologique et un volet psychiatrique (consid. 6b).

C. Reprenant l'instruction de l'affaire, la CNA a mis en œuvre une expertise auprès des Drs Y.____ et C.____, spécialistes en neurologie, Z.____, spécialiste en chirurgie et chirurgie thoracique, V.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J.____, spécialiste en rhumatologie. Dans ce cadre, les experts se sont notamment vu adresser un rapport du 15 novembre 2014 du Dr E.____, psychiatre traitant, renvoyant aux conclusions du rapport d'expertise du 25 janvier 2013 des Hôpitaux A.____. Par la suite, les experts ont fait part de leurs conclusions dans un rapport du 28 novembre 2014. Sur le plan neurologique, ils ont retenu notamment ce qui suit :

"L'examen neurologique de Monsieur G.____ ralenti et fatigable, met en évidence, sur le plan cognitif, des troubles de l'attention sélective, de la mémoire de travail, ainsi qu'un syndrome dysexécutif (flexibilité mentale, défaut en accès lexical au langage et programmation) que nous estimons être de degré léger. Ce tableau est associé à une hypoesthésie (toucher/piquer et froid) du tronc bilatérale (avec stimulateur : T2-T5 ddc; sans stimulateur : T2-T5 à gauche et T2-T7 à droite), sans hyperesthésie, ni trouble moteur ou changement trophique/coloration des téguments. Comparativement à l'évaluation neurologique et cognitive d[u] Dr R.____ datée du 13.11.2012, nous retrouvons un status globalement superposable.

Compte tenu d'une combinaison des symptômes sensitifs, vaso- et sudomoteurs associés aux douleurs thoraciques extrêmement invalidantes, nous retenons le diagnostic de « complex regional pain syndrome », en accord avec les critères révisés par le panel d'experts IASP, 2004, à Budapest[...]. Le CRPS est une entité qui est souvent précédé par un trauma et qui est caractérisée par un dysfonctionnement du système nerveux (SN) sympathique dont le mécanisme physiopathologique est actuellement méconnu[...]. Cette atteinte du SN sympathique permet d'expliquer l'ensemble des symptômes présentés par l'expertisé en opposition aux autres

diagnostics différentiels tels que des douleurs neuropathiques d'origine périphériques ou centrales (polyneuropathies, radiculopathies, douleur post-zostérien, lésion médullaire, etc.), au cours desquels le système autonome est globalement préservé.

[...] Notons que l'hypercaptation observée à la scintigraphie osseuse faite en phase subaiguë peut être observée dans le CRPS[...]. Néanmoins, puisque le diagnostic de CRPS est purement clinique, l'absence d'anomalie à l'imagerie ne l'exclut pas.

[...]

Diagnostic n° 1: L'expertisé présente une affection douloureuse régionale continue qui semble être « disproportionnée » en durée et en intensité par rapport à l'évolution naturelle du trauma survenu le 7.06.2009. Cette douleur est associée à des plaintes sensitives, une atteinte vasomotrice (changement de la température) et sudomotrice (changement au niveau de la sudation) avec à l'examen clinique une allodynie et un changement vasomoteur associé. L'ensemble des plaintes (douleur disproportionnée), des symptômes (3/4 critères) et des signes cliniques (2/4 critères) remplissent les critères diagnostics révisés d'un syndrome de douleur régional[e] complexe [...]. [...]

Sur le plan ostéo-articulaire, il y a des signes radiologiques pour une arthrose sterno-costale prédominant au niveau de la 1^{ère} côte gauche. Il n'y a pas d'arguments pour une pathologie rhumatismale de type inflammatoire ou auto-immune. Le diagnostic d'arthrose sterno-costale a été posé sur la base d'un scanner thoracique le 28.9.2009. Cette arthrose pourrait être soit idiopathique soit secondaire au traumatisme. En l'absence d'examen radiologique par une technique identique pratiqué juste avant l'accident il n'est pas possible de se prononcer sur la causalité. [...]

Diagnostic n° 2: L'expertisé se plaint [de] céphalées holocrâniennes de type constrictives, quotidiennes (>1x/jour), chroniques, non handicapantes, qui ont commencé quelques mois après l'accident du 7.06.2009. Rappelons que suite à l'accident Monsieur G. _____ a débuté un lourd traitement antalgique, principalement constitué par des opiacés[,] et qu'il n'avait jamais expérimenté des céphalées [auparavant]. Au v[u] d'une consommation quotidienne et de longue durée (> 4 ans), du paracétamol et des opiacés, nous retenons le diagnostic d[e] « probables céphalées induites par l'abus de traitement antalgique [...]. [...]

Diagnostic n° 3: L'examen neurocomportemental ainsi que les plaintes parlent en faveur de discrets troubles attentionnels et exécutifs dont l'origine semble être multifactorielle: i) sur douleur (Cf. diagnostics n°1 et 2), ii) sur traitement médicamenteux (opiacés), iii) sur troubles du sommeil (insomnie), et iv) sur trouble anxieux (cf. diagnostic psychiatrique). [...]."

Sous l'angle rhumatologique, les experts ont évoqué une arthrose sterno-costale prédominant au niveau de la première côte à gauche. Au niveau de la chirurgie thoracique, une guérison totale a été

constatée. Sur le plan psychiatrique, les experts ont posé les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1), dysthymie (F34.1) et dépendance aux opiacés (prescrits) sous surveillance médicale (F11.22). Les experts ont encore précisé que le SDRC était en relation de causalité naturelle probable avec l'accident du 7 juin 2009 et que les céphalées comme les troubles attentionnels et exécutifs étaient en relation de causalité naturelle indirecte avec cet événement. Ils ont ajouté que les troubles dépressifs et l'anxiété s'étaient trouvés en relation de causalité naturelle avec l'accident jusqu'à septembre 2012 - soit deux ans après la pose du stimulateur - et que la dépendance aux opiacés était en relation de causalité indirecte avec cet événement. Les experts ont encore retenu que l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 35 %, soit 20 % pour les troubles cognitifs et 15 % pour la dysfonction du système sympathique.

Dans un rapport du 27 mars 2015, le Prof. L. _____ a pour l'essentiel adhéré aux conclusions susmentionnées.

S'étant vu soumettre le cas pour appréciation, les Drs U. _____, spécialiste en neurologie, et P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, se sont prononcés comme suit dans un rapport du 8 novembre 2016 :

"[...] Après avoir rappelé brièvement en quoi consiste le CRPS et quels en sont les critères diagnostiques, le Prof. Y. _____ ne fournit par ailleurs que deux éléments qui apparaissent en compatibilité éventuelle avec un CRPS, à savoir anamnestiquement une douleur et cliniquement une allodynie (élément clinique, mais d'objectivité clairement relative).

[...]

Critère (examen Prof. Y. _____)	rempli	non rempli
1. Douleur qui persiste et qui apparaît disproportionnée par rapport à l'évènement initial	x	
2. Dans l'anamnèse, au moins un symptôme dans 3 des 4 catégories suivantes:		
a) Hyperalgésie (augmentation de la sensibilité aux stimuli douloureux), hyperesthésie (exacerbation des	x	

sensations ressenties, allodynie)		
b) Asymétrie de température de la peau, changement de couleur de la peau	x	
c) Asymétrie de sudation; œdèmes		non indiquée
d) Mobilité diminuée, dystonie, tremblements, dysfonction motrice (faiblesse), changements de la pilosité ou des ongles		x
3. Au moment de l'examen, au moins un signe dans 2 des 4 catégories suivantes		
a) Hyperalgésie en cas de stimuli pointus (piqûres d'aiguille), allodynie, douleurs à la pression des articulations, des os ou des muscles	x	
b) Asymétrie de température de la peau, changement de couleur de la peau	non mesurée	
c) Asymétrie de sudation; œdèmes		x
d) Mobilité diminuée, dystonie, tremblements, dysfonction motrice (faiblesse), changements de la pilosité ou des ongles		x
4. Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique les douleurs de manière plus convaincante	?	?

Retenant un diagnostic de CRPS en l'absence de signes ou de symptômes en suffisance pour retenir un diagnostic de CRPS selon les critères scientifiquement reconnus de Budapest, le Prof. Y._____ ne signale pas non plus que le CRPS axial, c'est-à-dire n'étant pas localisé aux membres mais au tronc, à la colonne ou à la tête, est une entité nosologique pour le moins controversée, pour ne pas dire niée quant à son existence par certains spécialistes en la matière.

[...]

Si le Prof. Y._____ constate au niveau du tronc un trouble sensitif bilatéral au niveau D2 à D5 sur toute la circonférence, on peine à comprendre [...] comment une telle pathologie puisse être provoquée par un seul impact frontal. [...]

Par conséquent, il est étonnant que le Prof. Y._____, en affirmant que le tableau clinique neurologique de l'assuré est globalement superposable à celui retrouvé par le Dr R._____ en date du 13.11.2012, arrive à des conclusions divergentes.

Signalons, par souci d'exhaustivité, que le diagnostic de probables céphalées induites par le traitement antalgique sur opiacés et paracétamol (céphalées par abus médicamenteux ou medication overuse headache) est erroné. Cette notion s'applique uniquement au traitement de personnes souffrant de céphalées [...], ce qui n'est pas le cas de M. G._____. De plus, il aurait été désirable que les experts eussent procédé à des tests de dosage médicamenteux pour évaluer la compliance de l'assuré au traitement et pour vérifier le

diagnostic présumé de dépendance aux opiacés sous surveillance médicale.

Conclusion

Les troubles dont souffre M. G. _____ ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, dus à un CRPS. Primo, il n'y a pas de relation temporelle étroite entre l'accident en cause et l'apparition des symptômes du CRPS présumé. Secundo, les critères diagnostiques d'un CRPS ne sont pas remplis. Enfin, il est fortement douteux que ces critères s'appliquent à une douleur axiale du tronc. Le diagnostic de CRPS retenu par le Prof. Y. _____ apparaît ainsi un diagnostic d'hypothèse insuffisamment étayé et impossible à mettre en rapport de causalité naturelle probante avec l'accident du 07.06.2009.

Il apparaît plutôt une tentative d'expliquer un syndrome douloureux présenté par M. G. _____ et non autrement explicable, tout au moins sur base organique.

L'expertise interdisciplinaire, en se passant de discuter de ces faits, manque, à notre avis, de valeur probante."

La CNA a conséquemment mandaté experts les Drs D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M. _____, spécialiste en neurologie. Après un entretien de synthèse, les experts ont fait part de leurs conclusions dans des rapports séparés tous deux datés du 20 novembre 2017.

L'expert D. _____ a en particulier exposé ce qui suit :

"8. Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10 ou le DSM V.

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

Syndrome de dépendance aux opiacés (11.25)

M. G. _____ ne présente pas de signes psychopathologiques importants. Les plaintes principales portent sur les douleurs et sur la constipation induite par la médication antalgique. Il n'y a pas de plaintes spontanées d'ordre psychique.

[...]

M. G. _____ a vécu l'accident comme s'il avait risqué sa vie. Il a présenté immédiatement une réaction d'angoisse massive, et a cru être mort. Néanmoins il ne présente pas une symptomatologie d'état de stress post-traumatique. Il ne présente de reviviscence de l'accident, ni de cauchemars. Il ne présente pas de conduite d'évitement. J'exclus donc un diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Le discours et les plaintes de M. G. _____ sont toujours centré[s] sur les douleurs thoraciques. Toutes les plaintes ne concernent que ces douleurs et les effets secondaires des médicaments. D'après la

majorité des neurologues, il ne peut s'agir de douleurs neuropathiques, en particulier de CRPS. Ces douleurs n'ont donc aucun substrat anatomo-pathologique. Dans ces conditions il faut reconnaître un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le rapport d'expertise des Drs Y._____, C._____, Z._____, J._____ et V._____ du 28 novembre 2014 a exclu ce diagnostic aux motifs qu'il n'y avait pas de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux et que les douleurs étaient d'origine organique. Le raisonnement du Dr V._____ est parfaitement adéquat et justifié, au moins en ce qui concerne l'origine des douleurs. En effet, soit on reconnaît un CRPS soit on pose un diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, l'un excluant l'autre. Dans le cas présent, je pose un diagnostic de syndrome douloureux persistant en l'absence de diagnostic de CRPS. J'estime néanmoins, contrairement à mon confrère le Dr V._____, que M. G._____ est dans une situation de conflit émotionnel en raison de son vécu de victime qui ne s'estime pas reconnue aussi bien par les assurances que par son employeur. D'autre part M. G._____ présente une anxiété importante depuis le 7 juin 2009. [...] Mais je ne retiens pas un diagnostic d'anxiété généralisée car M. G._____ ne présente pas une anxiété généralisée et persistante (anxiété flottante). Il ne présente pas de sentiment permanent de nervosité, des tremblements, de tension musculaire, de transpiration, de sensation de tête vide, de palpitations, d'étourdissement ni de gêne épigastrique. Il ne se fait pas de souci de manière constante et ne s'attend pas à des malheurs. Le rapport d'expertise des Drs Y._____, C._____, Z._____, J._____ et V._____ du 28 novembre 2014 a posé ce diagnostic en raison de l'angoisse que présente M. G._____. J'estime que les critères pour poser un tel diagnostic ne sont pas remplis. [...] Je ne retiens pas non plus de diagnostic de trouble dépressif. M. G._____ ne présente pas une humeur diminuée ni triste. Tout au plus son humeur est morose. Il ne pleure pas. Il ne présente pas de ralentissement psychomoteur ni idéique. Il n'est pas ralenti au cours des entretiens. Il est tonique et peut répondre aux questions. L'attention et la concentration ne sont pas diminuées au cours des entretiens. Les perturbations du sommeil et de l'appétit ne sont pas dues à une humeur abaissée mais aux effets secondaires de la médication antalgique. J'exclus donc les diagnostics d'épisode dépressif ou de trouble dépressif récurrent ou de trouble bipolaire. [...] Enfin, pour pouvoir poser un diagnostic de trouble dépressif récurrent, il est indispensable que le trouble dépressif fluctue au cours du temps de manière manifeste avec des périodes de rémission et des périodes d'aggravation. Or tel n'est pas le cas en ce qui concerne M. G._____.

J'exclus un diagnostic de trouble dissociatif ou de conversion. M. G._____ ne présente pas de théâtralité ni la "belle indifférence" si typique de ces troubles. Les plaintes sont massives et d'ordre algique ce qui n'est pas le cas dans les troubles dissociatifs.

M. G._____ ne présente pas de troubles mnésiques même s'il se plaint de tels troubles. Il ne présente aucun autre signe évoquant une affection dégénérative du système nerveux central. J'exclus donc l'ensemble des diagnostics de troubles dégénératifs de type maladie d'Alzheimer.

M. G._____ ne présente aucun signe d'une maladie de la dépendance. Il ne fume plus de tabac depuis plusieurs années. Il dit ne consommer que très épisodiquement de l'alcool. Il ne consomme pas de cannabis ni de produits toxiques ou illicites. Il est dépendant

aux opiacés depuis le 7 juin 2009 mais il s'agit d'une médication qui lui est prescrite. Néanmoins, malgré la demande de plusieurs confrères, le sevrage de morphine n'a jamais pu être réalisé à ce jour.

Le problème de la dépendance aux opiacés dans le cas de M. G. _____ est particulier. Le rapport du Dr X. _____ du 11 juin 2010, aussi véhément soit-il, insistait pour un sevrage des opiacés.

Or personne n'est parvenu à obtenir un tel sevrage. La dépendance est donc "entretenu" par une prescription médicale d'opiacés. Il ne s'agit pas ici de faire le procès de mes confrères qui prescrivent cette médication mais de souligner le fait que vraisemblablement M. G. _____ "exige" une telle médication et refuse toute proposition de sevrage. Or un sevrage implique l'adhésion du patient au plan de sevrage. Sans cette adhésion toute tentative de sevrage est vouée à l'échec.

M. G. _____ ne présente aucun signe d'une symptomatologie psychotique positive tel qu'hallucinations ou idées délirantes ni négative tel qu'apragmatisme. J'exclus donc l'ensemble des diagnostics de trouble psychotique tel que schizophrénie, trouble schizotypique, trouble délirant et trouble schizo-affectif.

Aucun élément au dossier ou dans l'anamnèse de M. G. _____ ne permet de suspecter un trouble de la personnalité. Les relations qu'a entretenues et qu'entretient M. G. _____ sont sans particularité notable. J'exclus donc les diagnostics de trouble de la personnalité.

9. Cohérence

M. G. _____ présente tout au long des entretiens des grimaces, qui feraient suspecter une douleur sous forme de lancée. Or M. G. _____ ne se plaint jamais de douleurs sous cette forme. Il présente toujours des plaintes de douleurs continues, fortes mais jamais sous forme de lancées de quelques secondes ou de quelques minutes. Et au dossier, il n'est jamais fait de mention de douleurs sous forme de lancée.

D'autre part les grimaces sont des signes d'accentuation de la symptomatologie voire d'amplification des symptômes, signes d'une non organicité de la symptomatologie.

M. G. _____ se plaint d'être constamment fatigué et de ne jamais pouvoir rien faire. Néanmoins, malgré une médication antalgique que la majorité des médecins considèrent comme excessive, il conduit toujours son véhicule et peut faire des trajets longs.

M. G. _____ dit avoir aujourd'hui les mêmes douleurs que le premier jour mais il dit aussi que les traitements atténuent les douleurs [...].

Il est difficile de savoir si le traitement apporte réellement un bénéfice ou s'il n'apporte aucun soulagement. M. G. _____ se plaint d'oublier, de devoir tout noter, d'être constamment fatigué et de dormir beaucoup. Néanmoins au cours des examens, il n'est jamais fait mention où que ce soit dans le dossier d'une fatigabilité, d'une fatigue, d'une tendance à l'endormissement. Lors de l'examen actuel je n'ai jamais constaté de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. M. G. _____ est capable d'être parfaitement présent lors des entretiens et il est capable également de retourner à domicile en voiture, dans le cas présent depuis [...], mais également précédemment depuis [...]. Il a donc une endurance plus importante qu'il ne veut le reconnaître.

10. Appréciation

[...]

10.1. Causalité naturelle

On peut vraisemblablement admettre que les plaintes que présente M. G. _____ sont en lien de causalité avec l'accident du 7 juin 2009. Avant cet accident M. G. _____ ne présentait aucune plainte douloureuse. C'est bien en raison de cet accident que s'est développé un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Il est par contre très difficile, voire impossible, d'expliquer médicalement pour quelles raisons M. G. _____ a développé un tel syndrome et a considéré qu'il ne pourrait plus travailler. Il est rare qu'un tel syndrome se développe à la suite d'un accident.

De même il n'est pas possible d'identifier des facteurs étrangers à l'accident qui ont pu favoriser le développement du syndrome douloureux somatoforme persistant.

[...]

10.4. Pronostic

Le pronostic n'est néanmoins guère favorable. En effet l'évolution depuis plus de huit ans n'a jamais été favorable même si du point de vue médical aucune atteinte objectivable n'a pu être mise en évidence. Le risque d'une chronification de l'état actuel est important, si ce n'est déjà le cas.

Du point de vue psychiatrique néanmoins, aucune évaluation d'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne se justifie."

Quant à l'expert M. _____, il a retenu ce qui suit :

"V. APPRECIATION

[...]

D'un point de vue paraclinique, rappelons que les explorations radiologiques n'ont pas mis en évidence de fracture au niveau de la région douloureuse, mais essentiellement des troubles dégénératifs de type remaniement arthrosique avancé des articulations sternocostales, ainsi que des anomalies compatibles avec une contusion osseuse au niveau du sternum. La mise en évidence d'une baisse de la sensibilité thermique comme cela est mentionné par le rapport du Professeur B. _____ dans son courrier du 23.12.2011 ne doit pas être considérée comme un examen paraclinique objectif, puisque les résultats dépendent très clairement de la participation du sujet, et ceci comme toute exploration clinique des autres modalités sensibles.

Les plaintes sont caractérisées par une douleur thoracique constante, cotée très haut sur l'échelle subjective, bien qu'atténuée par la présence d'un stimulateur médullaire. Il n'y a aucun autre symptôme neurologique spécifique associé, en particulier pas d'élément sensitif de type paresthésies ou dysesthésies.

L'approche clinique nous met face à un homme collaborant, qui ne semble pas souffrant. L'examen neurologique met en évidence une atteinte sensitive suspendue très large au niveau thoracique,

correspondant à six dermatomes, et ceci tant sur la face antérieure que postérieure du thorax. A noter l'absence de phénomène dysesthésique ou allodynique. Il n'y a pas d'autre anomalie d'un point de vue neurologique.

Au terme de ces éléments on peut donc conclure qu'il n'y a aucun argument en faveur d'une atteinte neurologique spécifique liée à l'accident du 07.06.2009. La suspicion d'une atteinte multi-étagée des nerfs intercostaux ne peut être retenue. Un tel diagnostic n'est pas cohérent, [...]. En effet, pour des raisons neuro-anatomiques, même avec un choc important au niveau du thorax, une lésion multi-étagée des nerfs intercostaux, de façon étendue sur six dermatomes, et ceci ddc, est hautement improbable, voire peut être considérée comme une hypothèse farfelue. Ceci d'autant plus que l'atteinte sensitive est présente également postérieurement et qu'il n'y a pas d'autre lésion associée. A titre d'exemple, une fracture de côtes est une lésion traumatique banale, souvent rencontrée dans la pratique, et dans une telle situation on n'observe en général pas de lésion nerveuse associée. Les seules pathologies dans lesquelles on peut retrouver une atteinte sensitive suspendue au niveau thoracique, et qui intéresse en général un seul dermatome et unilatéralement, sont certaines neuropathies diabétiques, ainsi que le zona. Nous rejoignons ainsi les avis d[es] Docteur[s] R._____, Q._____, W._____, ainsi que l'appréciation effectuée à la Clinique T._____. Comme cela a d'ores et déjà été discuté par le[s] Docteur[s] P._____ et U._____, le diagnostic de CRPS ne peut non plus être retenu compte tenu de la topographie axiale totalement inhabituelle.

Au total, il s'agit d'un syndrome douloureux qui peut être lié dans une certaine mesure à une arthrose sterno-costale bilatérale, mais associé à des troubles sensitifs subjectifs, qui ne peuvent être mis en lien avec une atteinte somatique sous-jacente, et dès lors qui ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 07.06.2009.

Une contusion thoracique est possible, par ailleurs documentée sur le plan radiologique, raison pour laquelle on retiendra, et ceci largement compté, un retour au statu quo ante à une année.

VI. REPONSES A VOS QUESTIONS

[...]

16. Les atteintes à la santé du[e]s vraisemblablement à l'accident constituent-elles une atteinte à l'intégrité ? Si oui, à quel degré ? [...]

Non."

L'assuré, sous la plume de son conseil, s'est déterminé le 21 février 2018 sur les expertises susdites. Se prévalant des avis émis par les Drs L._____ et B._____ ainsi que du rapport d'expertise du 28 novembre 2014, il a pour l'essentiel fait valoir qu'il présentait un SDRC en lien de causalité directe avec l'accident du 7 juin 2009. En annexe, il a

notamment produit un compte-rendu établi le 19 janvier 2018 par le Prof. L._____, dont on extrait ce qui suit :

"[...] Lorsque j'ai vu ce patient pour la 1^{ère} fois, il présentait une scintigraphie fortement pathologique compatible avec un CRPS, complication qui implique obligatoirement des lésions nerveuses. Des examens neurologiques des fibres fines [ont] été effectués avec un test à la sensibilité au froid, chaud, toucher et aux piqués se sont avérés extrêmement clairs, démontrant une hypoesthésie aux 4 qualités testées et qui correspond parfaitement à la zone pathologique. C'est suite à ces constatations que nous avons proposé la mise en place d'un stimulateur médullaire qui a permis de stabiliser ses douleurs avec une diminution stable de 50% provenant de sa neuropathie. Cette efficacité reste encore valable à ce jour.

[...] j'ai pris l'initiative d'adresser le patient auprès du Professeur B._____, [...], le seul à posséder une machine pour effectuer des thermo-tests. [...] Le Dr M._____ écarte complètement le thermo-test comme méthode objective pour étudier les lésions touchant les fibres nerveuses fines ce qui montre clairement son ignorance dans ce domaine. [...] L'utilisation de l'argument que plusieurs médecins n'ont pas pu confirmer la présence de cette hypoesthésie réside plutôt dans le résultat d'examens neurologiques incomplets qui ne tiennent pas compte de la nécessité d'évaluer la sensibilité de plusieurs qualités de stimulation. [...] Dans son appréciation, le Dr M._____ considère qu'il s'agit d'un syndrome douloureux plutôt musculo-squelettique que neuropathique. Je suis étonné qu'il ne sache pas qu'une stimulation médullaire ne fonctionne jamais sur des douleurs d'origine musculo-squelettiques.

Je rejette ainsi les conclusions de son expertise [...]"

Dans un rapport complémentaire du 22 mai 2018, l'expert M._____ a exposé ce qui suit :

"Le Professeur L._____ signale une scintigraphie fortement pathologique. Cette pièce n'apparaît toutefois pas au dossier.

L'examen neurologique des fibres fines a été pris en compte dans la discussion de mon expertise (page 14). Un tel examen ne peut être considéré comme objectif et déterminant dans le cadre d'une expertise.

Nous confirmons que nous ne partageons pas les conclusions de l'expertise interdisciplinaire établie par les Hôpitaux A._____, qui ont repris les conclusions du Professeur L._____. En revanche, nos conclusions rejoignent celles du Docteur W._____ [...] et celles établies après bilan interdisciplinaire à la Clinique T._____ en décembre 2009 et janvier 2010, celles du Docteur Q._____, du Docteur R._____, des Docteurs P._____ et U._____, respectivement spécialistes en chirurgie orthopédique et en neurologie.

Comme mentionné dans notre expertise, nous contestons le diagnostic de CRPS.

Il est erroné de prétendre que la stimulation médullaire est inopérant[e] sur des douleurs d'origine musculo-squelettiques. L'indication principale de ce traitement est par ailleurs les douleurs du rachis."

Par décision du 29 mai 2018, la CNA a mis fin aux indemnités journalières avec effet au 18 juillet 2011 et interrompu la prise charge du traitement médical avec effet immédiat. Se fondant sur les rapports d'expertise du 20 novembre 2017, elle a retenu que les troubles somatiques de l'assuré n'avait aucune relation de causalité avec l'accident du 7 juin 2009 et que les troubles psychogènes ne se trouvaient pas, quant à eux, dans une relation de causalité adéquate avec cet événement.

Le 5 juin 2018, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision susdite. Dans une écriture complémentaire du 21 juin 2018, l'intéressé a fait valoir qu'il contestait les conclusions de l'expert M._____ compte tenu de l'appréciation du Prof. L._____, du rapport d'expertise du 28 novembre 2014, ainsi que du rapport de l'expert D._____ qui mentionnait des souffrances en lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 juin 2009. Il a par ailleurs requis l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle.

Par décision sur opposition du 3 août 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 29 mai précédent. La Caisse a rappelé que les Drs P._____ et U._____ avaient démontré en quoi l'expertise réalisée en 2014 ne pouvait pas être suivie, ce qui avait conduit aux évaluations menées par les experts M._____ et D._____, dont les conclusions étaient probantes. Sur le plan somatique, il y avait ainsi lieu de considérer que la contusion thoracique engendrée par l'accident du 7 juin 2009 avait atteint le *statu quo ante* un an après cet événement. Sous l'angle psychique, il apparaissait que l'assuré présentait certes des troubles en lien de causalité naturelle probable avec l'accident précité mais que l'on ne pouvait conclure à un lien de causalité adéquate. A cet égard, la CNA a relevé que l'accident devait être classé dans la

catégorie des accidents de gravité moyenne tout au plus, sans être à la limite des accidents graves, qu'il n'avait pas touché de fonctions vitales ni causé de lésions osseuses ou neurologiques graves, que les lésions subies n'étaient ni graves ni susceptibles d'engendrer des troubles psychiques, que le traitement mis en œuvre pour les lésions organiques n'avait rien eu d'inhabituel, qu'il ne pouvait être question d'une erreur dans le traitement médical et que les nombreuses investigations médicales n'avaient pas permis d'objectiver de lésions organiques. Cela étant, la CNA a confirmé la fin des indemnités journalières avec effet au 18 juillet 2011 et l'arrêt de la prise en charge du traitement médical avec effet au 29 mai 2018. La Caisse a par ailleurs retenu qu'un éventuel recours contre la décision sur opposition n'aurait pas d'effet suspensif.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, G. _____ a recouru le 4 septembre 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'indemnités journalières dès le 18 juillet 2011 et jusqu'au retour à une pleine capacité de travail, ainsi qu'au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle d'un taux de 100 %, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision. A titre préalable, le recourant a demandé la restitution de l'effet suspensif à son recours et sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire. En guise de mesures d'instruction, il a requis l'audition du Prof. L. _____ en qualité de témoin, se réservant de requérir la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Sur le plan somatique le recourant s'est prévalu d'un SDRC en relation de causalité directe avec l'accident du 7 juin 2009, invoquant à cet égard l'appréciation des Prof. L. _____ et B. _____, ainsi que les conclusions du rapport d'expertise du 28 novembre 2014 ; il a argué, en revanche, que l'évaluation de l'expert M. _____ se trouvait intégralement infirmée par l'attestation du Prof. L. _____ du 19 janvier 2018. Sur le plan psychique, le recourant a allégué que l'expert D. _____ avait admis l'existence de souffrances en lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 juin 2009 et qu'il y avait lieu d'admettre un lien de causalité adéquate avec cet événement. Il a par ailleurs estimé avoir droit

à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En annexe, le recourant a produit un onglet de pièces portant sur les phases antérieures de la procédure.

En date du 31 octobre 2018, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 4 septembre 2018 et désigné son mandataire, Me Habib Tabet, en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 10 décembre 2018, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 6 février 2019, le recourant a maintenu ses motifs et conclusions. Il a ajouté que le seul examen valable pour quantifier des lésions des fibres nerveuses sensibles était un « *Quantitative Sensory Testing* » ou « *QST* », test auquel l'expert M. _____ n'avait pas procédé. Il a dès lors sollicité la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr BB. _____, responsable du Service Anti-Douleur de [...] de [...], aux fins de faire réaliser le test en question.

Par acte du 12 février 2019, l'intimé a déclaré renoncer à dupliquer et s'est référée à ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était en droit de mettre fin au versement des indemnités journalières au 18 juillet 2011, respectivement d'interrompre la prise en charge du traitement médical au 29 mai 2018.

3. a) 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé 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.

b) 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'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2). 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 les références citées).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 avec les références citées).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 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, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3).

aa) En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

bb) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, 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 ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont 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_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). 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. En revanche, 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 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- 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 (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

4. 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).

5. Il est constant que le recourant a été victime d'un accident le 7 juin 2009.

a) Sur le plan neurologique, il est tout d'abord apparu que certains des médecins interpellés concluaient à des séquelles traumatiques sous forme de SDRC dans le cadre d'une lésion des nerfs intercostaux (Prof. L. _____ [rapports des 25 juin, 25 août, 6 octobre et 3 décembre 2010], Prof. B. _____ [rapport du 23 décembre 2011]), tandis que d'autres médecins réfutaient une telle atteinte (Dr W. _____ [rapports des 15 mars et 4 mai 2011], Dr Q. _____ [rapport du 19 avril 2011], Dr R. _____ [rapport du 13 novembre 2012]). Aux fins d'éclaircir la situation, la juridiction cantonale a donc renvoyé la cause à la CNA par arrêt du 15 octobre 2013, pour instruction complémentaire (cf. CASSO AA 111/11 - 86/2013 précité consid. 5a).

L'instruction consécutive à ce renvoi a, dans un premier temps, abouti à un rapport d'expertise du 28 novembre 2014. Au niveau neurologique, les experts Y. _____ et C. _____ ont conclu à un SDRC

avec lésion post-traumatique des nerfs intercostaux T2-T5 à gauche et T3-T7 à droite, à de probables céphalées induites par l'abus de traitement antalgique, ainsi qu'à des troubles attentionnels et exécutifs discrets d'origine multifactorielle.

Cette appréciation ayant été remise en cause par les Drs U._____ et P._____ le 8 novembre 2016, un mandat d'expertise a été confié au Dr M._____. Dans son rapport du 20 novembre 2017, l'expert a considéré que le diagnostic de SDRC ne pouvait pas être retenu mais s'est prononcé dans le sens d'un syndrome douloureux lié dans une certaine mesure à une arthrose sterno-costale bilatérale et associé à des troubles sensitifs subjectifs, sans lien avec une atteinte somatique sous-jacente et, partant, sans lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 juin 2009. Il a estimé en revanche qu'une contusion thoracique était possible, avec un retour au *statu quo ante* à une année. L'expert a maintenu cette évaluation dans un complément d'expertise du 22 mai 2018.

Quant au Prof. L._____, il s'est pour l'essentiel rallié aux conclusions du rapport d'expertise du 28 novembre 2014 (rapport du 27 mars 2015) et a contesté celles du rapport d'expertise du 20 novembre 2017 (rapport du 19 janvier 2018).

aa) Est donc principalement contestée, en l'occurrence, la question de l'existence ou non d'un SDRC. Cette atteinte appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (TF 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ce trouble - également connue sous les noms d'algo(neuro)dystrophie ou maladie de Sudeck - fait l'objet des critères de diagnostic dits « *de Budapest* » (cf. Claude Spicher/Jean-Pierre Estebe/Eva Létourneau/Tara Packham/Philippe Rossier/Jean-Marie Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], *in* : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27, p. 62 à 64) :

- 1) Une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant

- 2) Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
- i. Sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie
 - ii. Vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement/asymétrie de la coloration de la peau
 - iii. Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie de la sudation
 - iv. Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau)
- 3) Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes :
- i. Sensorielle : hyperalgésie (à la piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire)
 - ii. Vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau
 - iii. Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation
 - iv. Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau)
- 4) Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et symptômes.

Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (François Luthi/Michel Konzelmann, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie])

sous toutes ses formes, *in* : Revue Médicale Suisse, 29 janvier 2014, p. 271 s. ; François Luthi/Pierre-Alain Buchard/Antonio Cardenas/Christine Favre/Michel Férou/Marlène Foli/Jean Savoy/Jean-Luc Turlan/Michel Konzelmann, Syndrome douloureux régional complexe, *in* : Revue Médicale Suisse, 27 février 2019, p. 495 ss).

bb) Dans leur rapport du 28 novembre 2014, les experts neurologues Y._____ et C._____ ont signalé des plaintes sensitives, une atteinte vasomotrice (changement de la température) et sudomotrice (changement au niveau de la sudation), avec à l'examen clinique une allodynie et un changement vasomoteur associé. Ils ont ainsi considéré que l'ensemble des plaintes (douleur disproportionnée), des symptômes (3/4 critères) et des signes cliniques (2/4 critères) remplissaient les critères diagnostics de Budapest. C'est sur cette base qu'ils ont posé le diagnostic de SDRC (cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 26 et 33 s.).

Cette appréciation ne peut toutefois être retenue.

Les Drs U._____ et P._____, de la CNA, ont en effet remis en cause les fondements mêmes de cette analyse, considérant qu'il n'y avait pas de relation temporelle [recte : temporelle] étroite entre l'accident et l'apparition des symptômes, que les critères diagnostiques n'étaient pas remplis et qu'il était fortement douteux que ces critères s'appliquent à une douleur axiale du tronc (cf. avis du 8 novembre 2016 p. 11). Or, la Cour de céans ne peut qu'abonder dans le sens des médecins de la CNA. A cet égard, on doit notamment relever que le tableau explicatif établi par les Drs U._____ et P._____ (cf. avis précité p. 9) illustre en quoi les constatations résultant du volet neurologique du rapport d'expertise du 28 novembre 2014 sont insuffisantes sous l'angle des critères diagnostiques de Budapest. Certes, l'existence de douleurs persistantes et disproportionnée (critère 1) n'est pas contestée. En outre, il est vrai que dans le cadre de l'anamnèse neurologique, les experts de 2014 ont mentionné une allodynie (critère 2/i ; cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 9) et un changement de température avec une

impression de froideur au niveau de l'hémitronc gauche, associé à une rougeur (critère 2/ii ; cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 9). En revanche, la seule évocation d'une sensation sporadique de sueur sans sensation de gonflement (cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 9) peut difficilement être assimilée à des symptômes claires d'œdème et/ou changement/asymétrie de la sudation (critère 2/iii) et les experts ont en outre reconnu que l'assuré ne présentait pas de spécificités trophiques/motrices (critère 2/iv ; cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 34). Il s'ensuit que seules deux catégories sont remplies sur quatre, alors que le minimum exigé est de trois sur quatre. Du point de vue de l'examen clinique neurologique, si les experts ont certes constaté une allodynie (critère 3/i ; cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 19), ils se sont en revanche contentés de mentionner une « *sensation de froideur* », sans la mesurer et donc l'objectiver (critère 3/ii ; cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 19), et ont reconnu l'absence de sudation, d'œdème, de rougeur ou de changement de coloration de la peau (critère 3/iii ; cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 19), de même que l'absence des particularités trophiques ou motrices (critère 3/iv ; cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 34). Partant, il appert que seule une catégorie est remplie sur quatre, alors que le minimum exigé est de deux sur quatre. Cela étant, il faut considérer que les constatations des experts C._____ et Y._____ ne permettent pas de considérer les critères de Budapest comme réalisés. De manière plus générale, les Drs U._____ et P._____ ont par ailleurs souligné que la notion de SDRC axial était à tout le moins controversée à l'heure actuelle, étant rappelé que les experts Q._____ et R._____ avaient précédemment mis en exergue des éléments neuro-anatomiques à l'encontre d'une telle hypothèse. Force est toutefois de constater que cette controverse n'a à aucun moment été adressé dans le rapport d'expertise du 28 novembre 2014.

Au regard de ces éléments, il apparaît que le diagnostic de SDRC mentionné dans le rapport d'expertise du 28 novembre 2014 est insuffisamment fondé et ne peut, dès lors, être retenu.

cc) Quant à l'expert M._____, il a clairement réfuté l'existence d'une atteinte neurologique spécifique liée à l'accident du 7 juin 2009 (cf. rapport d'expertise du 20 novembre 2017 et rapport complémentaire du 22 mai 2018). Sur le plan des investigations, il a souligné que les explorations radiologiques n'avaient pas mis en évidence de fracture au niveau de la région douloureuse, mais essentiellement des troubles dégénératifs de type remaniement arthrosique avancé des articulations sterno-costales, ainsi que des anomalies compatibles avec une contusion osseuse au niveau du sternum ; quant à la baisse de sensibilité thermique évoquée par le Prof. B._____, elle résultait d'un examen paraclinique dépendant très clairement de la participation du sujet. Sur le plan clinique, l'expert M._____ a indiqué que l'examen neurologique mettait en évidence une atteinte sensitive suspendue très large au niveau thoracique (correspondant à six dermatomes, tant sur la face antérieure que postérieure du thorax), sans phénomène dysesthésique ou allodynique ni d'autre anomalie du point de vue neurologique. Cela étant, l'expert a en particulier nié une atteinte multi-étagée des nerfs intercostaux, relevant que même avec un choc important au niveau du thorax, l'hypothèse d'une lésion multi-étagée des nerfs intercostaux sur six dermatomes, et ceci des deux côtés, était hautement improbable, d'autant que l'atteinte sensitive était également présente postérieurement et qu'il n'y avait pas d'autre lésion associée. L'expert M._____ a également précisé que le diagnostic de SDRC ne pouvait pas non plus être retenu compte tenu de la topographie axiale. Cela étant, il a conclu à une contusion thoracique, avec un retour au *statu quo ante* à une année, et à un syndrome douloureux thoracique persistant avec troubles sensitifs étagés dépourvus de substrat organique, sans lien de causalité avec l'accident du 7 juin 2009 (cf. rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 14 ss).

Il est patent que l'avis émis par l'expert M._____ s'inscrit dans la lignée de ceux formulés par les Drs W._____, Q._____, R._____, U._____ et P._____.

Si le Prof. L._____ a en revanche critiqué cette appréciation dans son compte-rendu du 19 janvier 2018, ses critiques ne résistent toutefois pas à l'examen. Ainsi, le Prof. L._____ a tout d'abord invoqué la scintigraphie réalisée en 2009 à la Clinique T._____ et le thermo-test réalisé en 2011 par le Prof. B._____ (cf. rapport du 19 janvier 2018 p. 1). La Cour rappelle toutefois que, si la scintigraphie ou le thermo-test peuvent certes s'avérer utiles dans le contexte d'un SDRC (cf. consid. 5a/aa supra ; voir également TF 8C_705/2017 du 13 mars 2018 consid. 5.2 et les références citées), il reste que le diagnostic doit être posé en fonction de critères purement cliniques (cf. consid. 5a/aa supra). Or, le Prof. L._____ n'a à aucun moment procédé à l'analyse des critères de Budapest aux fins d'étayer sa position. Pour ce qui est du thermo-test réalisé par le Prof. B._____, il convient plus particulièrement de rappeler l'avis de l'expert M._____ dans son rapport du 20 novembre 2017 (p. 14 s.) - à savoir qu'il s'agit là d'un examen paraclinique dépendant très clairement de la participation du sujet ; on comprend donc que cet examen ne puisse suppléer à l'analyse des critères diagnostiques de Budapest pour conclure à un SDRC. S'agissant de la scintigraphie, il y a lieu de souligner qu'aucun autre médecin n'a rejoint le Prof. L._____ pour voir dans cet examen radiologique la preuve d'un SDRC. On notera, en particulier, que les experts neurologues intervenus en 2014 se sont contentés d'indiquer que les résultats obtenus à la scintigraphie pouvaient être observés lors d'un SDRC, sans pour autant y voir un élément déterminant pour leur diagnostic (cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2018 p. 26), lequel n'a au demeurant pas été retenu (cf. consid. 5a/bb supra). Pour le surplus, les autres spécialistes intervenus ont majoritairement repris l'avis des praticiens de la Clinique T._____ qui, après avoir mis en œuvre la scintigraphie réalisée le 21 décembre 2009, l'ont mise en relation avec une contusion osseuse, respectivement un œdème spongieux du versant supérieur et moyen du corps du sternum sans trace de fracture (IRM du 22 décembre 2009), sans pour autant conclure à une atteinte du système neurologique - évaluation reprise notamment par l'expert M._____ dans son rapport d'expertise du 20 novembre 2017 (p. 3 et 14), quand bien même il a ensuite indiqué ne pas avoir eu connaissance de cet élément (cf. rapport complémentaire du 22

mai 2018 p. 1). C'est enfin à tort que le Prof. L._____ a reproché à l'expert M._____ d'ignorer qu'une stimulation médullaire ne fonctionnait jamais sur des douleurs d'origine musculo-squelettiques (cf. rapport du 19 janvier 2018 p. 2). Ainsi que l'a relevé l'expert dans son complément d'expertise du 22 mai 2018 (p. 2), la stimulation médullaire est en effet notamment utilisée pour des douleurs du rachis (voir également Christophe Perruchoud/Nicolas Mariotti, Traitement des douleurs chroniques par la stimulation médullaire, *in* : Revue Médicale Suisse, 22 juin 2016, p. 1234 à 1237, spéc. p. 1235).

De ce qui précède, il résulte que rien au dossier n'incite à s'écarter de l'expertise neurologique réalisée par le Dr M._____, laquelle satisfait en outre aux critères jurisprudentiels (cf. consid. 4 supra) pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Sur cette base, on retiendra donc que seule une contusion thoracique peut être mise en lien de causalité naturelle avec l'événement du 7 juin 2009, avec le retour à un *statu quo ante* une année après l'accident.

dd) Par surabondance, on notera encore que le diagnostic de probables céphalées induites par l'abus de traitement antalgique, retenu par les experts neurologues de 2014 (cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 34 s.), a été contesté par Drs U._____ et P._____, qui ont précisé à cet égard que ledit diagnostic s'appliquait uniquement au traitement de personnes souffrant de céphalées, ce qui n'était pas le cas de l'assuré (cf. avis du 8 novembre 2016 p. 11). Rien dans l'expertise conduite par le Dr M._____ ne vient par ailleurs plaider dans le sens d'une telle atteinte ; notamment, l'assuré n'a signalé aucune plainte dans ce sens lors de l'examen (cf. rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 10). Partant, ce diagnostic n'apparaît pas suffisamment fondé au degré de la vraisemblance prépondérante.

Quant aux troubles attentionnels et exécutifs relevés par les experts neurologues de 2014, ceux-ci n'ont été que très succinctement motivés (cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 19, 26 et 35) et n'ont du reste pas été repris par l'expert M._____, qui n'a relevé aucune

anomalie d'un point de vue neurologique (cf. rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 15). On notera au surplus que, lors de son examen psychiatrique, l'expert D._____ n'a pas non plus relevé de difficultés particulières sur les plans attentionnel et exécutif (cf. rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 16). Dès lors, là aussi, on ne saurait retenir un tel diagnostic.

b) Il convient d'ajouter qu'au niveau rhumatologique, l'expert J._____, intervenu en 2014, n'a relevé aucun signe ou symptôme d'atteinte articulaire inflammatoire ou de connectivité et que, s'il a mentionné l'arthrose sterno-costale prédominant au niveau de la 1^{ère} côte gauche révélée par le scanner du 28 septembre 2009, aucune suite particulière n'y a été rattachée (cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 23 et 26). On ajoutera également que l'expert Z._____, mandaté lui aussi en 2014, s'est limité à constater la guérison totale du point de vue de la chirurgie thoracique, évoquant pour le surplus des douleurs sans substrat organique (cf. ibid. p. 24).

Il suit de là que, sur ces plans, aucune séquelle somatique de l'accident du 7 juin 2009 ne peut être identifiée - ce qui n'est du reste pas contesté.

c) aa) Sous l'angle psychiatrique, l'arrêt de renvoi du 15 octobre 2013 notait que différents éléments au dossier évoquaient une composante psychique dans les suites de l'accident du 7 juin 2009, étant précisé que l'expertise psychiatrique mandatée par l'OAI auprès des Hôpitaux A._____ (rapport du 25 janvier 2013) n'était pas pertinente du point de vue de la causalité entre les troubles évoqués et l'événement accidentel concerné (cf. CASSO AA 111/11 - 86/2013 précité consid. 5b).

A teneur du volet psychiatrique de l'expertise réalisé par le Dr V._____ en 2014, lors de la reprise de l'instruction, il a été retenu que le recourant souffrait d'anxiété généralisée, de dysthymie et de dépendance aux opiacés sous surveillance médicale, en lien de causalité avec

l'accident du 7 juin 2009 (cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2014 p. 29 et 31).

Procédant en 2017 à une nouvelle analyse du cas, l'expert D._____ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de syndrome de dépendance aux opiacés (cf. rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 11). Il a précisé en particulier que compte tenu des conclusions de l'expert M._____ réfutant un SDRC, les douleurs de l'assuré ne pouvaient qu'être mises en relation avec un syndrome douloureux somatoforme persistant et que cette atteinte se trouvait en lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 juin 2009. Quant au syndrome de dépendance, l'assuré exigeait vraisemblablement la médication à l'origine de celui-ci et refusait toute proposition de sevrage. Force est de constater que l'expert D._____ a fondé son appréciation sur un examen détaillé de l'état de santé psychique de l'assuré et qu'il a dûment exposé les raisons l'incitant à s'écarter de l'évaluation faite par l'expert V._____ en 2014. Les parties se sont du reste toutes deux ralliées aux conclusions de l'expert D._____.

Cela étant, la Cour de céans ne voit aucun motif de s'écarter du rapport d'expertise psychiatrique du 20 novembre 2017, considéré comme probant (cf. consid. 4 supra).

bb) Reste à se positionner du point de vue de la causalité adéquate.

aaa) Il est constant que l'assuré a été heurté au thorax par le bouchon métallique d'une machine sous pression, avec projection en arrière sur plusieurs mètres.

Pour qualifier la gravité de cet événement, il y a lieu de se référer par analogie à la jurisprudence développée en lien avec les accidents impliquant des cyclistes percutés par un autre usager de la route. En effet, le Tribunal fédéral a considéré que l'accident subi par un cycliste violemment percuté par une voiture et projeté à trente mètres de

la zone de choc, de même que la collision d'un cycliste projeté à plus de vingt mètres de la zone de choc avec un véhicule roulant à une vitesse de soixante à septante km/h, devaient être qualifiés d'accidents de gravité moyenne à la limite des cas graves (TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 4.3.3 et 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.3). Au cas d'espèce, le choc subi ne saurait, certes, être ignoré mais rien n'indique que la projection occasionnée ait atteint ou dépassé les valeurs ci-dessus mentionnées. On notera, au contraire, que l'assuré a successivement évoqué une projection sur plus de quatre mètres (cf. rapport d'expertise du 28 novembre 2011 p. 8), respectivement cinq mètres (cf. rapport du Dr Q. _____ du 19 avril 2011 p. 1) ou six mètres (cf. rapport d'expertise du Dr D. _____ du 20 novembre 2017 p. 11). En outre, la nature des lésions subies (contusion, bursite, entorse) tend à illustrer que les forces en jeu lors de l'accident n'étaient pas particulièrement importantes. Cela étant, la CNA était par conséquent fondée à conclure à un accident de gravité moyenne, sans être à la limite avec les accidents graves.

bbb) Le critère relatif aux circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou au caractère particulièrement impressionnant de l'accident doit être examiné d'une manière objective et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère (cf. TF 8C_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 4.4.1 et les références citées). En l'espèce, le choc a certes été violent, mais sans que l'on puisse toutefois retenir un caractère particulièrement impressionnant à l'accident. En effet, celui-ci s'est déroulé dans le cadre professionnel et n'excédait pas le risque inhérent à la manipulation de machines sous pression. Aucun tiers n'a en outre été touché. Ce critère n'est dès lors pas réalisé.

S'agissant de la gravité des lésions physiques, celles-ci ont consisté en une contusion, une bursite et une entorse – soit des atteintes qui ne sont pas de nature à entraîner des troubles psychiques.

En ce qui concerne l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.4 et les références citées). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3 et les références citées). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_804/2014 précité consid. 5.2.2 et les références citées). Or, dans le cas d'espèce, le traitement pour les lésions physiques occasionnées par l'accident a principalement consisté en de la physiothérapie combinée à un traitement antalgique. Quant à l'installation d'un stimulateur médullaire le 3 septembre 2010, elle ne peut être prise en considération faute de pouvoir être rattachée à une lésion organique. Dans ces conditions, force est d'admettre que ce critère n'est pas non plus rempli.

S'agissant des douleurs physiques persistantes, il y a lieu de relever que les douleurs invoquées par le recourant ont cessé d'être en lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 juin 2009 une année après la survenance de celui-ci (cf. consid. 5 supra). L'expert D._____ a par ailleurs signalé des incohérences dans les plaintes exprimées, évoquant en particulier des signes de non organicité (cf. rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 15). Au vu de ces éléments, ce critère ne doit donc pas être retenu.

Par ailleurs, l'intéressée ne prétend pas qu'il y ait eu des erreurs dans le traitement médical, ni de difficultés particulières.

Il y a enfin lieu de préciser que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail se rapporte aux lésions physiques (TF 8C_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 4.4.2). Or, compte tenu d'un *statu*

quo ante atteint une année après l'accident du 7 juin 2009, on ne peut considérer que ce critère soit lui non plus réalisé.

On ajoutera au surplus que, contrairement à ce que soutient le recourant (cf. mémoire de recours du 4 septembre 2018 p. 10), peu importe le versement d'une rente entière de l'assurance-invalidité. En effet, la question de la causalité - ici litigieuse - est propre à l'assurance-accidents et ne se confond pas avec la problématique de l'invalidité (pour laquelle l'assurance-accidents n'est du reste pas liée à l'évaluation faite par les organes de l'assurance-invalidité [ATF 131 V 362 consid. 2.3]).

cc) Partant, au regard de l'ensemble des circonstances qui précèdent, force est de constater qu'aucun critère jurisprudentiel n'est rempli en l'espèce, de sorte que l'on ne saurait retenir que l'accident du 7 juin 2009, qualifié d'accident de gravité moyenne *stricto sensu*, est la cause adéquate des troubles psychiques du recourant. Ce dernier n'a dès lors pas droit à des prestations de l'intimée pour ses éventuelles atteintes psychiques.

d) Attendu que le *statu quo ante* pour les troubles somatiques est survenu une année après l'accident du 7 juin 2009 et que les troubles psychiques ne sont pas en lien de causalité adéquate avec cet événement, l'intimée était par conséquent fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières au 18 juillet 2011 (rejoignant à un jour près la position adoptée dans la procédure antérieure [cf. décision du 29 juin 2011 et décision sur opposition du 11 octobre 2011]) et à interrompre la prise en charge du traitement médical dès la date de sa décision du 29 mai 2018.

6. Le recourant a par ailleurs conclu à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

C'est toutefois le lieu de rappeler que la décision sur opposition du 3 août 2018 ne se prononce pas sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Or, en procédure juridictionnelle

administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans ces conditions, il est douteux que la conclusion en cause soit recevable.

Même à admettre sa recevabilité, il faudrait malgré tout la rejeter. En effet, force est de rappeler que les atteintes psychiques du recourant ne se trouvent pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 7 juin 2009, si bien qu'elles ne peuvent ouvrir le droit à aucune prestation d'assurance, et que l'expert M. _____ - dont les conclusions ont été jugées pleinement probantes - a réfuté une quelconque atteinte à l'intégrité (cf. rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 18).

Partant, sur ce plan également, le recourant ne peut être suivi.

7. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (expertise médicale judiciaire et audition de témoin [cf. mémoire de recours du 4 septembre 2018 p. 11 et duplique du 6 février 2019 p. 2]) seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, et la décision attaquée confirmée. En outre, la requête de restitution de l'effet suspensif est sans objet, compte tenu de l'issue de la procédure.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1, 91 et 99 LPA-VD).

c) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, Me Tabet a produit une liste de ses opérations le 19 décembre 2019, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat (14 heures et 25 minutes) et du forfait applicable aux débours (art. 3bis al. 1 RAJ), le montant total de l'indemnité de Me Tabet s'élève donc à 2'934 fr. 55, y compris la TVA.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service judiciaire et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 août 2018 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 Habib Tabet, conseil de G._____, est arrêtée à 2'934 fr. 55 (deux mille neuf cent trente-quatre francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Habib Tabet (pour G._____),
- 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 :