

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Neu, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 et 61 let. c LPG.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, a travaillé auprès de N._____ en qualité de chauffeur poids lourds depuis le 28 janvier 2014, pour un salaire mensuel brut de 4'950 fr., augmenté de 413 fr. de part du 13^e salaire. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 7 mars 2016, l'assuré a été victime d'un accident, se faisant coincer en étau entre deux camions, et s'est trouvé en incapacité totale de travail dès cette date. L'assuré, qui ne reprendra pas le travail, sera ultérieurement licencié avec effet au 31 juillet 2017.

Après annonce du sinistre par l'employeur le 16 mars 2016, la CNA a pris en charge le cas (frais médicaux et indemnités journalières).

Aux termes d'une lettre de sortie du 11 mai 2016, les Drs L._____, O._____ et J._____, respectivement médecin chef, chef de clinique et médecin assistant au Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier G._____ (ci-après : le Centre hospitalier G._____) ont posé le diagnostic principal de fracture splénique de grade II post-traumatique. Par ailleurs, ils ont indiqué que l'assuré présentait des douleurs surtout à la hanche, au bassin et au dos à gauche.

Par rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombo-sacrée du 22 juin 2016, les Drs M._____ et D._____, respectivement médecin associé et médecin assistante au service de radiologie du Centre hospitalier G._____, ont constaté au niveau lombaire la présence d'une fissure annulaire du disque L5-S1, associée à une protrusion discale, sans conflit radiculaire ou sténose canalaire significative, ainsi que la présence d'une arthrose interfacettaire en poussée inflammatoire L4-L5 des deux côtés. Ils ont conclu à l'absence de lésion traumatique de la colonne lombaire et sacrée, ainsi qu'à une collection résiduelle de quatre centimètres de grand axe située

superficiellement au muscle grand fessier gauche, d'origine post-traumatique en premier lieu.

Par rapport du 2 février 2017, le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin agréé au Centre hospitalier G._____, a indiqué que l'assuré était suivi à sa consultation et qu'il présentait des douleurs à la jonction lombosacrée et à la fesse gauche, résiduelles après un traumatisme direct. En conclusion, il a considéré la situation comme stable, sans réelle amélioration persistante des douleurs.

Après examen du 25 septembre 2017, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, s'est déterminé dans un rapport du 29 septembre 2017. Il a posé les diagnostics de status après traumatisme fermé de l'abdomen avec fracture de la rate intervenu le 7 mars 2016, ainsi que de douleurs lombo-sacrées chroniques avec arthrose sacro-iliaque débutante, arthrose facettaire L4-L5 et discopathie L5-S1 avec protrusion discale. Il a en particulier signalé la persistance de douleurs en regard de la fesse gauche, irradiant le membre inférieur gauche. Il a également indiqué que l'intéressé était très démonstratif et centré sur ses douleurs, des facteurs non organiques semblant jouer un rôle important dans l'évolution du cas. Au vu de ces circonstances, il a prescrit que l'assuré soit convoqué pour un séjour stationnaire.

Du 17 octobre au 8 novembre 2017, l'assuré a séjourné à la Clinique Z._____. (ci-après : la Clinique Z._____.). Les Drs R._____ et K._____, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation en rhumatologie et médecin assistante, ont posé des diagnostics suivants :

- « - *Troubles dégénératifs lombaires et sacro-iliaque bilatéraux*
- *Hypotrophie et cicatrice du/dans le muscle grand fessier gauche et ancienne désinsertion partielle proximale des muscles grand et moyen fessiers gauches*
- *Le 07.03.2016*
 - *fracture splénique grade II*
 - *lésions des muscle moyen et grand fessiers gauche* ».

Se référant aux examens radiologiques au dossier, ils ont observé qu'une IRM du 18 avril 2017 montrait une bursite étendue à hauteur du site de la déchirure partielle des muscles moyens, et surtout du grand glutéal gauche, avec une infiltration des tissus mous, péri-lésionnelle associée, ainsi qu'une coxarthrose bilatérale et symétrique, antéro-supéro-externe. Ils ont ajouté qu'un CT-scan du bassin du 3 novembre 2017 mettait en évidence des remaniements dégénératifs des articulations sacro-iliaques avec géodes sous-chondrales, une coxarthrose modérée, postéro-antérieure et interne, une atrophie du muscle grand-fessier, avec une déchirure partielle, et une désinsertion proximale à hauteur des crêtes iliaques des moyen et grand-fessiers gauches. Les spécialistes ont indiqué que les troubles dégénératifs lombaires, coxo-fémoraux et sacro-iliaques n'expliquaient pas les plaintes de l'assuré et que les séquelles musculaires fessières gauches du traumatisme n'expliquaient également pas l'intégralité des plaintes et du handicap fonctionnel, qui était disproportionné. Le comportement douloureux très prononcé et les performances très faibles aux tests fonctionnels ne pouvaient pas s'expliquer par les anomalies objectives. S'agissant des limitations fonctionnelles en rapport avec les séquelles de l'atteinte musculaire, les médecins ont conclu que l'assuré devait éviter les marches prolongées, notamment en terrain difficile, la montée et la descente prolongée d'escaliers et le maintien prolongé de la position debout ou assise ; ils ont ajouté que le port de charge devait être évité au-delà de 15 kg mais qu'il demeurait possible rarement de 10 à 15 kg, occasionnellement de 5 à 10 kg et sans restriction au-dessous de 5 kg. Cela étant, les médecins ont estimé que la situation était stabilisée du point de vue médical, que l'incapacité de travail était totale dans la profession de chauffeur livreur et qu'un changement de profession était nécessaire. Néanmoins, le pronostic de réinsertion dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles était défavorable en raison de facteurs sortant du champ médical.

Dans le cadre du séjour à la Clinique Z._____, l'assuré a en particulier été vu par le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a décrit dans un rapport médical du 7 novembre 2017

que le patient présentait déjà des signes dégénératifs avant l'accident puisque la maladie de Forestier, une spondylose L3-L4, une discopathie calcifiée L5-S1 et un début d'ankylose des articulations sacro-iliaques apparaissaient sur l'IRM du polytraumatisé, présents sur différents examens radiologiques, dont l'IRM du 3 novembre 2017.

Selon rapport du 10 janvier 2018, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu qu'à ce stade, la situation devait être considérée comme médicalement stabilisée et qu'aucune amélioration significative ne pouvait être attendue de la poursuite de la thérapie. Quant à la capacité de travail, elle était complète sans aucune restriction spécifique dans une activité adaptée et respectant les restrictions fonctionnelles.

Par communication du 5 avril 2018, la CNA a signifié à l'assuré mettre fin à son droit aux indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux avec effet au 30 avril 2018. Elle lui a indiqué examiner actuellement la possibilité de lui allouer d'autres prestations d'assurance.

Par rapport du 9 juillet 2018, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a confirmé les limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la Clinique Z._____. Il a par ailleurs indiqué que le pronostic de réinsertion comme chauffeur livreur était défavorable et que, sur le plan médical, l'exigibilité était donnée aussi bien en temps qu'en rendement, moyennant le respect des limitations fonctionnelles établies. Le Dr Q._____ a de surcroît retenu que le taux d'atteinte à l'intégrité n'était pas estimable sur la base du dossier médical à disposition, car les séquelles objectives liées à cet événement étaient minimales, mentionnant de plus l'existence d'un état dégénératif préexistant au niveau sacro-iliaque et lombaire.

Par décision du 17 juillet 2018, la CNA a refusé à l'assuré l'allocation d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique. S'agissant en premier lieu de la rente, la Caisse a

précisé que l'évaluation de l'invalidité n'était basée que sur les séquelles de l'accident du 7 mars 2016, sans que les facteurs étrangers à cet évènement n'aient été pris en compte. Elle a considéré qu'en dépit des (seules) séquelles de l'accident, l'assuré était capable d'exercer une activité de type léger adaptée, soit ne nécessitant pas de marcher de manière prolongée, notamment en terrains difficiles, ni de monter et descendre des escaliers et en évitant le maintien prolongé de la position debout-assise. L'exercice d'une telle activité était en outre médicalement exigible la journée entière. Après comparaison des revenus avant et après l'atteinte à la santé (de respectivement 5'363 fr. et 5'093 fr. [part du 13^e salaire incluse]), il en résultait, sur le plan économique, une perte de gain de 5 %, insuffisante pour l'allocation d'une rente d'invalidité. S'agissant en second lieu de l'atteinte à l'intégrité physique, la CNA a repris l'appréciation émise le 9 juillet 2018 par le Dr Q._____ qui avait considéré qu'une telle atteinte faisait défaut en l'espèce.

Par acte du 16 août 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à la décision de la CNA du 17 juillet précédent. Invoquant l'avis de la Dre T._____, médecin généraliste traitante, il a fait valoir qu'il souffrait toujours de fortes douleurs au niveau de la fesse et du membre inférieur gauche, douleurs nécessitant la prise quotidienne d'antalgiques et la poursuite d'un traitement physiothérapeutique hebdomadaire. Complétant son opposition le 15 janvier 2019, l'assuré a argué que le rapport des médecins de la Clinique Z._____ du 10 novembre 2017, ainsi que l'avis du 9 juillet 2018 du Dr Q._____, étaient dépassés. Il a ajouté que son état de santé n'était pas stabilisé, de sorte qu'une reprise d'activité n'apparaissait pas exigible, voire contraindiquée. Pour appuyer ses allégations, l'assuré a produit diverses pièces, dont en particulier les suivantes :

- un rapport du 8 octobre 2018 de la Dre T._____, se fondant sur des examens menés entre août et septembre 2018 et concluant que l'évolution de l'état de santé de l'assuré ne semblait pas s'améliorer, que la reprise d'un travail à 100 % dans une profession adaptée restait très théorique et non envisageable et que, dans ce sens, une nouvelle

expertise médicale avec évaluation de la capacité pour une reconversion professionnelle semblait indispensable ;

- un rapport d'IRM du bassin du 27 novembre 2018 du Dr E._____, spécialiste en radiologie, observant, par rapport à l'IRM précédente du 18 avril 2017, une inflammation musculaire un peu plus étendue au niveau de la portion supérieure du muscle grand fessier à gauche, une tendino-bursite des tendons des muscles moyens fessiers des deux côtés et une minime insertionite des ischio-jambiers ;

- un rapport final du 3 décembre 2018 du Service de l'emploi relatif à un cours effectué par l'assuré entre le 14 septembre et le 19 novembre 2018 auprès de la I._____, relevant que les organisateurs de la mesure avaient observé une grande souffrance de l'intéressé, qu'il était difficile pour eux d'imaginer une reprise de l'activité dans quelque domaine que ce soit et que la situation de santé de l'assuré n'était pas stabilisée ; a également été indiqué au bilan médical que l'assuré devait éviter la marche prolongée, la montée et la descente d'escaliers, le maintien prolongé de la position debout et assise et le port de charge de plus de 15 kg ;

- un courriel du 14 janvier 2019 de la Dre T._____ au conseil de l'assuré exposant que les résultats décrits dans le rapport d'IRM du 27 novembre 2018 pouvaient expliquer les douleurs de l'assuré et relevant que l'atteinte musculaire au niveau du bassin empêchait une réintégration professionnelle quelconque.

Interpellé par la CNA, le Dr Q._____, se déterminant sur les pièces remises par l'assuré par avis du 28 janvier 2019, a indiqué qu'une expertise bidisciplinaire (orthopédique et psychologique) pourrait se discuter et qu'elle viendrait doubler ce qui avait été déjà fait à la Clinique Z._____. Il a également indiqué que la musculature fessière n'était plus compétente (preuve en était la dégénérescence graisseuse intramusculaire), cette incompétence ayant été prise en compte dans la description des limitations fonctionnelles.

Par décision sur opposition du 2 avril 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 17 juillet 2018. Dans sa motivation, la Caisse s'est ralliée à l'avis précité du Dr Q._____, considérant par ailleurs qu'une expertise médicale ne permettrait pas de mieux cerner la situation, les pièces versées au dossier par l'intéressé ne fournissant aucune indication concernant un éventuel traitement susceptible d'améliorer son état de santé et ne n'apportant pas d'élément objectif susceptible de remettre en cause l'évaluation réalisée par les médecins de la Clinique Z._____. La CNA a par ailleurs confirmé son évaluation du taux d'invalidité et maintenu son appréciation s'agissant du refus d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

B. Par acte du 10 mai 2019, V._____ a recouru par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 2 avril précédent. Il a conclu, principalement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et à l'annulation de la décision litigieuse avec renvoi à la CNA pour détermination du début et du montant d'une rente d'invalidité, ainsi que du taux de l'atteinte à l'intégrité physique sur la base de l'expertise judiciaire (sic) ; subsidiairement, il a requis l'annulation de la décision litigieuse avec renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. L'assuré a en substance reproché à l'intimée d'avoir écarté les avis de la Dre T._____ ainsi que les résultats de l'IRM du 27 novembre 2018. A cela s'ajoutait que les observations contenues dans le rapport final du 3 décembre 2018 du Service de l'emploi ne se recoupaient pas avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr Q._____ le 9 juillet 2018. Cela étant, au vu des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'instruction menée, le recourant a soutenu qu'une nouvelle expertise s'imposait. L'intéressé a également déclaré contester l'exigibilité d'une activité adaptée, le revenu de 5'093 fr. retenu par la Caisse, le degré d'invalidité fixé à 5 %, ainsi que l'absence d'atteinte importante à son intégrité physique.

Par réponse du 16 août 2019, l'intimée a conclu à l'admission partielle du recours, en ce sens que soit octroyée au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % ; pour le surplus, elle a conclu au rejet du recours, se prévalant de l'appréciation médicale de la Dre B._____, spécialiste en chirurgie et traumatologie de l'appareil locomoteur, auprès de la Division de médecine des assurances de la CNA, requise dans le cadre de la procédure judiciaire. Dans son rapport médical du 9 août 2019 (produit en annexe), la Dre B._____ concluait à un état cicatriciel du muscle grand glutéal gauche pouvant expliquer un certain déficit fonctionnel à la marche (boiterie), mais en aucun cas la symptomatologie douloureuse majeure décrite. Elle estimait en outre, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité physique, que l'on pouvait prendre en compte, par analogie, une paralysie du nerf fessier ou un raccourcissement du membre inférieur de trois à quatre cm, ce qui justifiait une indemnité de 10 %. Faisant siennes les conclusions de la spécialiste, l'intimée a reconnu le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 10 %, soit un montant de 14'820 francs. Quant à la rente d'invalidité, l'intimée a considéré que la stabilisation de l'état de santé n'était plus à contester, étant donné qu'aucun traitement médical n'était plus susceptible de l'améliorer, ce que confirmait la Dre B._____. Par ailleurs, cette médecin avait également indiqué que bien que l'ancienne activité professionnelle n'était plus exigible, tel était le cas pour une activité professionnelle adaptée à 100 %, sans restriction et respectant les limitations fonctionnelles décrites par les spécialistes de la Clinique Z._____, et que les douleurs rapportées par le recourant n'étaient pas objectivées. Dans la mesure où aucun doute ne subsistait sur ces éléments, la CNA en a déduit qu'une expertise médicale était superflue et que le refus d'allouer une rente d'invalidité était fondé.

Par réplique du 15 octobre 2019, le recourant, désormais sous la plume de son conseil, a intégralement confirmé ses conclusions du 10 mai précédent. Il a en particulier souligné qu'en faisant siennes les conclusions de la Dre B._____ et en accordant finalement une indemnité de 10 %, l'intimée avait implicitement admis que l'instruction menée n'était pas complète et que le rapport médical du 10 novembre 2017 des

médecins de la Clinique Z._____ était dépassé. Le recourant a en outre invoqué une violation du principe de l'effet dévolutif du recours ainsi que de son droit d'être entendu et de participer aux mesures d'instruction, en lien avec le rapport de la Dre B._____. De surcroît, l'appréciation de la Dre B._____ était lacunaire, de sorte qu'il convenait toujours de procéder à une expertise médicale complète. Le recourant a également produit une attestation médicale du 3 septembre 2019 de la Dre A.U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de C._____, psychologue-psychothérapeute, exposant qu'il était suivi depuis le 23 août 2018 pour un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique. L'attestation précisait encore que des séances d'ergothérapie en milieu psychiatrique s'étaient révélées inappropriées à l'état de santé du recourant. Ses limitations fonctionnelles n'étaient objectivement pas compatibles avec les exigences physiques des activités proposées au sein des ateliers et en raison de son important trouble du sommeil, il avait plus de difficulté à rester éveillé en journée.

Par duplique du 7 novembre 2019, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle a rappelé que la Dre B._____ avait entièrement confirmé l'exigibilité professionnelle d'après les limitations fonctionnelles précédemment arrêtées par les médecins de la Clinique Z._____. Bien que l'analyse de cette médecin quant à l'atteinte à l'intégrité physique ait été différente de celle du Dr Q._____, cela ne suffisait pas pour remettre en cause les limitations fonctionnelles objectives retenues par les spécialistes de la Clinique Z._____. A cela s'ajoutait que le droit d'être entendu du recourant n'avait pas été violé, puisqu'il avait pu se déterminer sur le rapport médical du 9 août 2019 de la Dre B._____ et qu'il s'agissait d'un moyen de preuve admissible.

Par détermination du 29 novembre 2019, le recourant a en substance exposé que l'effet dévolutif ne permettait pas à l'intimée de produire une expertise médicale telle que celle de la Dre B._____. Ce rapport ne s'apparentait ni à un acte d'instruction simple, ni à une « *Punktuelle Abklärung* » (explication ponctuelle), étant par ailleurs souligné que tous les arguments et toutes les pièces amenés à l'appui du

recours avaient déjà été invoqués au stade de l'opposition. L'assuré s'est encore prévalu d'une violation du principe de la bonne foi, dans la mesure où l'intimée s'était fondée sur le rapport litigieux pour confirmer le refus d'une rente d'invalidité, alors que ce même rapport remettait fondamentalement en doute les évaluations effectuées précédemment.

Par écriture spontanée du 11 mai 2020, le recourant a produit un rapport d'expertise bi-disciplinaire du 31 mars 2020 des Drs AA._____ et BB._____, respectivement rhumatologue et psychiatre auprès de S._____, mandatés par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Selon le recourant, le volet rhumatologique de l'expertise rendait inutile la mise en œuvre d'une expertise dans la présente procédure.

En l'occurrence, le Dr AA._____ retenait les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire droit, sciatique S1 tronculaire secondaire à une déchirure des moyens et grands fessiers et de douleur lombaire sur discopathie L5-S1. Il relevait que le traumatisme accidentel avait déclenché un hématome dans les muscles fessiers, lequel avait comprimé le nerf sciatique et provoqué une lésion définitive (amyotrophie des muscles grands et moyens fessiers, du quadriceps et du mollet, involution graisseuse), toujours présente depuis la disparition de l'hématome. Il existait une irritation neurologique S1 avec un territoire typique dans le membre inférieur gauche secondaire à une sciatique tronculaire. En raison des atteintes somatiques, la capacité de travail dans une activité habituelle ou adaptée était nulle depuis le 7 mars 2016 et de 35 % (50 % avec une diminution de rendement de 30 %) depuis le 27 janvier 2018, en l'occurrence dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique (pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg, port de charge limité à 5 kg, marche limitée, piétinement limité, position assise limitée avec changements de position régulier). L'expert psychiatre écartait les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de trouble somatoforme mentionnés par la Dre B.U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans un rapport du 28 mars 2019 à l'OAI et posait les diagnostics, non incapacitants,

d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique et d'accentuation de certains traits de personnalité (narcissique) ; lors de son examen, il n'avait pas observé les signes cliniques et les limitations fonctionnelles relevés par la psychiatre traitante et jugeait incohérente la prise en charge par une psychologue à hauteur d'un rendez-vous toutes les trois semaines, eu égard à la gravité des diagnostics retenus par le psychiatre traitant.

Dans une écriture du 23 septembre 2020 se fondant sur une appréciation chirurgicale de la Dre B._____ du 15 septembre 2020, l'intimée a maintenu ses conclusions antérieures. La Dre B._____ observait que l'expert imputait les douleurs lombaires à une atteinte dégénérative des articulations postérieures basses, que l'IRM du 27 novembre 2018 ne permettait pas de conclure à une lésion musculaire définitive des fessiers, qu'il pouvait être retenu soit une atteinte radiculaire S1 sur probable hernie discale, soit une atteinte tronculaire d'un nerf périphérique, mais en aucun cas une atteinte tronculaire S1. Par ailleurs, l'examen neurologique pratiqué le 13 novembre 2017 lors du séjour à la Clinique Z._____ n'apportait aucun argument électrophysiologique en faveur d'une atteinte, que ce soit radiculaire, tronculaire ou plexique. Enfin, l'usage d'une canne anglaise ne justifiait pas une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. En relation avec le volet psychiatrique de l'expertise, elle renvoyait aux éléments d'incohérence relevés par le Dr BB._____.

Le 25 novembre 2020, le recourant, tout en observant que l'appréciation de la Dre B._____ avait valeur de simple avis de partie, a produit un rapport d'expertise complémentaire du 30 octobre 2020 du Dr AA._____. Il en ressortait que l'expert n'avait pas observé de signes de discordance lors de l'examen clinique, lequel avait montré une excellente concordance avec l'imagerie radiographique, à savoir une amyotrophie associée à une dégénérescence massive. La douleur fessière était bien reproduite à la palpation et à l'élévation de la jambe gauche, avec un déficit musculaire de l'abaisseur du pied gauche et un déficit sensitif dans le territoire S1 gauche, lequel avait pour origine une sciatique

tronculaire (hématome de la fesse) et non pas radiculaire (d'origine lombaire).

Dans un courrier du 3 février 2021 se référant à une appréciation chirurgicale de la Dre B._____ du 1^{er} février 2021, l'intimée a fait valoir que l'expertise complémentaire du 30 octobre 2020 du Dr AA._____ n'apportait aucun élément nouveau et que cet expert ne pouvait être suivi lorsqu'il attestait de l'absence de discordances.

A l'appui d'une nouvelle écriture du 1^{er} mars 2021, dans laquelle il réitérait sa requête de mise en œuvre d'une expertise, le recourant a produit un second rapport d'expertise complémentaire du 19 février 2021 du Dr AA._____, et a requis d'argumenter son appréciation différente de la capacité de travail par rapport à celle du Dr Q._____. L'expert rappelait le contenu de ses constatations objectives et précisait que le recourant ne pouvait pas matériellement travailler à 100 % dans une activité adaptée, ce en raison de la nécessité de changer très souvent de position et d'avoir des périodes de repos régulières, outre une baisse de rendement induite par les limitations fonctionnelles. Le recourant a encore produit, pour mémoire, deux rapports des 2 février et 10 mars 2017 du Dr F._____ attestant de la persistance des douleurs.

Le 22 mars 2021, l'intimée a réitéré ses conclusions et produit une nouvelle appréciation chirurgicale du 18 mars 2021 de la Dre B._____, laquelle observait que les limitations fonctionnelles relevées par l'expert lors de l'examen clinique et l'allégation de douleurs n'étaient pas rapportées par le recourant dans le cadre de ses activités récréatives.

Dans une ultime écriture du 19 avril 2021, le recourant a réfuté l'appréciation de la Dre B._____ et indiquait avoir contesté la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr BB._____, produisant les réquisitions adressées sur ce point à l'office AI les 17 juillet et 25 novembre 2020, avec leurs annexes, en particulier une prise de position du 4 juillet 2020 de la Dre B.U._____ sur le volet psychiatrique

de l'expertise du S._____. Il a réitéré sa requête d'expertise et requis l'audition de son épouse.

Il sera pour le surplus fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

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. L'objet du litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à l'octroi d'une rente invalidité, respectivement à une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique ensuite de l'accident du 7 mars 2016.

3. Le recourant invoque tout d'abord des griefs d'ordre formel.

a) L'intéressé se prévaut en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendu.

Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la

Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées).

En l'espèce, le recourant estime que l'intimée a contrevenu à son droit de participer à la mise en œuvre de la mesure d'instruction ordonnée par l'intimée durant la procédure de recours, ainsi que de se prononcer sur le choix de l'expert et de lui poser des questions. Or, le rapport médical du 9 août 2019 de la Dre B._____ n'a pas valeur d'expertise administrative (art. 44 LPG) ou judiciaire, de sorte que ce premier grief tombe à faux.

b) Le recourant fait valoir en deuxième lieu une violation de l'effet dévolutif du recours.

aa) Le recours devant le tribunal cantonal des assurances est une voie de droit ordinaire possédant un effet dévolutif : un recours présenté dans les formes requises a pour effet de transférer à la juridiction cantonale la compétence de statuer sur la situation juridique objet de la décision attaquée. L'administration perd la maîtrise de l'objet du litige, en particulier celle des points de fait susceptibles de fonder la décision attaquée. Conformément à la maxime inquisitoire applicable (art. 61 let. c LPG), il appartient à l'autorité de recours d'établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer les preuves nécessaires. Si l'état de fait doit être complété, elle est libre de procéder elle-même aux mesures d'instruction nécessaires, en ordonnant par exemple la réalisation d'une expertise judiciaire, ou d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'administration pour qu'elle s'en charge. Après le dépôt d'un recours, il n'est, en principe, plus permis à

l'administration d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction qui concerneraient l'objet du litige et tendraient à une éventuelle modification de la décision attaquée (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa p. 231 et les références ; TF 9C_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 5.2.1 ; TF 9C_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 3.1).

Le principe de l'effet dévolutif du recours connaît une exception, en tant que l'administration peut reconsidérer sa décision jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Pour des motifs liés à l'économie de procédure, il se justifie en effet de permettre à l'administration de revenir *lite pendente* sur sa décision, lorsque celle-ci s'avère, à la lecture de l'acte de recours, manifestement erronée. De fait, le droit fédéral n'exclut pas nécessairement la mise en œuvre par l'administration de mesures d'instruction *lite pendente*. Pour répondre à la question de savoir quels sont les actes encore admissibles à ce stade de la procédure, il convient d'examiner l'importance que revêt l'acte pour la solution du litige et le temps nécessaire pour y procéder. Des mesures d'instruction portant sur des aspects ponctuels, tels que le fait de requérir une attestation ou un certificat, ou de demander des précisions à un médecin ou une autre personne susceptible de fournir des renseignements sont en règle générale admissibles ; tel n'est en revanche pas le cas de la mise en œuvre d'une expertise médicale ou d'une mesure d'instruction similaire, compte tenu de leur portée sur l'état de fait à juger. Eu égard au temps nécessaire à l'administration d'un tel moyen de preuve, on ne saurait par ailleurs parler d'un acte justifié par des motifs liés à l'économie de procédure, ce d'autant qu'une décision de renvoi, qui a l'avantage de pouvoir être rendue rapidement, permet de créer une situation claire sur le plan procédural (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb p. 232 et les références ; TF 9C_598/2011 précité consid. 5.2.2 ; TF 9C_403/2010 précité consid. 3.2).

Au demeurant, la mise en œuvre par l'administration d'une expertise au stade de la procédure de recours pose également des problèmes procéduraux qui sont difficilement résolubles. Si l'on considère que l'expertise en question constitue une expertise administrative (au

sens de l'art. 44 LPGA), le fait de verser ce document en procédure cantonale fait perdre une instance à la personne assurée. Si l'on considère en revanche qu'il s'agit d'une expertise judiciaire, il faut alors constater que les règles de la procédure administrative cantonale n'ont pas été respectées. En tout état de cause, les droits procéduraux de la partie assurée subissent une restriction qui, vu la gravité de celle-ci, ne peut faire l'objet d'une réparation a posteriori (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa p. 232 et les références ; TF 9C_598/2011 précité consid. 5.2.3 ; TF 9C_403/2010 précité consid. 3.2).

bb) En l'espèce, le rapport médical du 9 août 2019 de la Dre B. _____ correspond à une mesure d'instruction *lite pendente* mise en œuvre par l'intimée, dont la nature doit être qualifiée.

On rappellera d'emblée qu'il ne s'agit ni d'une expertise administrative au sens de l'art. 44 LPGA, ni d'une expertise judiciaire – comme exposé ci-avant (cf. consid. 3a supra). D'ailleurs, l'assuré n'a pas subi d'examen clinique et n'a pas été ausculté par la Dre B. _____.

Il reste encore à déterminer si ce rapport correspond à un acte simple qui reste encore admissible à ce stade de la procédure ou s'il s'agit bien plutôt d'une offre de preuve comparable à une expertise. A cet égard, il faut relever que la Dre B. _____ a repris et résumé en détail les différents rapports médicaux établis depuis l'accident du 7 mars 2016 jusqu'aux dernières pièces produites par le recourant, en particulier le rapport du 8 octobre 2018 de la Dre T. _____ ainsi que le rapport d'IRM du 27 novembre 2018 du Dr E. _____. Après examen de ces documents, elle a conclu qu'ensuite de la description clinique faite par la Dre T. _____, il n'y avait pas d'argument en faveur d'un état de santé interdisant toute reprise d'activité professionnelle. La situation médicale était par ailleurs décrite comme stabilisée. Elle a également confirmé que l'ancienne activité du recourant n'était plus envisageable, mais qu'une activité professionnelle était exigible à 100 % sans restriction dans une activité adaptée respectant les limitations professionnelles définies par les médecins de la Clinique Z. _____ dans leur rapport du 10 novembre

2017. Elle a encore développé ses propres conclusions relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique du recourant en estimant qu'une indemnité de 10 % pouvait être accordée. C'est d'ailleurs sur cette base que l'intimée a conclu que le recours déposé pouvait être partiellement admis sous l'angle de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Au vu de l'importance de l'analyse entreprise, de la reprise de l'historique complet du patient, ainsi que de la nature des conclusions de la Dre B. _____ et de leur impact sur les déterminations et conclusions de l'intimée, il doit être considéré que le rapport du 9 août 2019 ne constitue pas une mesure d'instruction simple portant sur un aspect ponctuel ou une demande de précisions admissible au stade du recours, mais bien plutôt une mesure d'instruction comparable ou à tout le moins proche d'une expertise médicale.

Par surabondance de droit, il sera rappelé que la jurisprudence prescrit la possibilité pour le juge d'accorder, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante aux appréciations émises par les médecins de la CNA, confirmant ainsi l'importance que pouvait revêtir un rapport tel que celui de la Dre B. _____ (cf. consid. 5 infra).

A cela s'ajoute que le recourant a joint à son opposition du 10 mai 2019 toutes les pièces utiles - pièces dont il s'est à nouveau prévalu en procédure de recours. Or, invité à se déterminer sur ces éléments, le Dr Q. _____ posait déjà le 28 janvier 2019 la question de la mise en œuvre d'une analyse médicale plus fouillée (orthopédique et psychiatrique). Dans ces conditions, l'intimée disposait déjà, à l'époque de l'opposition, de toutes les informations nécessaires lui permettant de procéder à une mesure d'instruction supplémentaire. Rien ne justifiait dès lors de surseoir à sa mise en œuvre.

En conclusion, le rapport médical du 9 août 2019 de la Dre B. _____ ne saurait être pris en compte et doit ainsi être écarté, la violation de l'effet dévolutif étant avérée.

Il en va différemment de ses appréciations chirurgicales ultérieures produites par l'intimé, car celles-ci sont consécutives aux expertises et compléments d'expertise ordonnés par l'OAI et produits par le recourant ; leur retranchement violerait le principe d'égalité de traitement entre parties.

c) Pour le surplus, le recourant invoque une violation du principe de la bonne foi au motif que le rapport du 9 août 2019 de la Dre B._____ aurait fondamentalement remis en question les rapports médicaux antérieurs, mais constituerait en même temps la base ayant permis à la CNA de confirmer le refus de rente d'invalidité. Toutefois, dans la mesure où il ne peut être tenu compte de l'appréciation médicale litigieuse, cette question peut demeurer ouverte. Ce grief se confondrait au demeurant avec celui de la violation de l'obligation d'instruire.

4. a) Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident du 7 mars 2016 est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

b) Selon 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.

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 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).

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)

c) 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 y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (cf. ATF 134 V 109 consid. 10, 117 V 359 consid. 6, 117 V 369 consid. 4, 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5), en excluant les aspects psychiques (cf. ATF V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

d) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

e) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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

6. Sous l'angle de l'obligation d'instruire au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA, le recourant reproche à l'intimée d'avoir négligé le rapport du 8 octobre 2018 et le courriel du 14 janvier 2019 de la Dre T. _____ ainsi que le rapport d'IRM du 27 novembre 2018 du Dr E. _____. Il soutient plus particulièrement que son état de santé n'est pas stabilisé. Il considère sans valeur probante les appréciations chirurgicales portées par la Dre B. _____ sur les expertise et compléments d'expertise du Dr AA. _____ adressés à l'OAI, dont il fait siennes les conclusions.

a) A l'examen du dossier, il apparaît que l'assuré souffrait de plusieurs atteintes préexistant à l'accident.

En effet, par rapport d'IRM lombo-sacrée du 22 juin 2016, les Drs M. _____ et D. _____ ont constaté au niveau lombaire la présence d'une fissure annulaire du disque L5-S1, associée à une protrusion discale, sans conflit radiculaire ou sténose canalaire significative, et la présence d'une arthrose interfacettaire en poussée inflammatoire L4-L5 des deux côtés. En outre, le Dr W. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, avait indiqué dans son rapport médical du 29 septembre 2017 l'existence d'arthrose sacro-iliaque débutante, d'arthrose facettaire L4-L5 et de discopathie L5-S1 avec protrusion discale.

Conformément à l'avis médical du 8 novembre 2017, les médecins de la Clinique Z. _____ ont diagnostiqué des troubles dégénératifs lombaires et sacro-iliaques bilatéraux, une hypotrophie et cicatrice du/dans le muscle grand fessier gauche et une ancienne désinsertion partielle proximale des muscles grand et moyen fessiers gauches et, le 7 mars 2016, une fracture splénique grade II et des lésions des muscles moyen et grand fessiers gauches. Dans son rapport du 7 novembre 2017, le Dr A. _____ a encore précisé que le patient présentait des signes dégénératifs avant l'accident, soit la maladie de Forestier, une spondylose L3-L4, une discopathie calcifiée L5-S1 et un début d'ankylose des articulations sacro-iliaques. Il a également précisé que sur une IRM et en T2, on voyait qu'il y avait probablement eu une lésion dans la musculature fessière au niveau du grand fessier postérieurement.

Dans son rapport d'expertise du 31 mars 2020, le Dr AA. _____ observe que le recourant présente des douleurs lombaires « secondaires à une atteinte dégénérative des articulations postérieures lombaires basses, en dehors de l'événement traumatique, et une sciatique tronculaire secondaire à l'hématome déclenché par une déchirure des moyens et grands fessiers constatée sur les différents IRM » (rapport d'expertise, p. 4).

b) Si la préexistence d'atteintes dégénératives est avérée, en revanche, on ne dispose au dossier d'aucune appréciation médicale portant sur une possible aggravation des états malades préexistants, en

particulier relativement aux troubles dégénératifs, consécutivement à l'accident du 7 mars 2016. N'est également pas discutée la question de savoir à quel moment l'état de santé de l'intéressé serait redevenu similaire à celui qui avait existé immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*).

S'agissant particulièrement de l'hypotrophie et cicatrice du / dans le muscle grand fessier gauche, il ne ressort pas clairement du rapport de la Clinique Z. _____ si cette atteinte est antérieure ou postérieure à l'accident, respectivement si elle se confond avec les lésions du muscle moyen et grand fessier gauches retenues par les médecins de la Clinique Z. _____ en lien avec l'accident du 7 mars 2016. La question d'un traumatisme antérieur à cet événement se pose d'autant plus que les médecins de la Clinique Z. _____ ont également diagnostiqué une ancienne désinsertion partielle proximale des muscles grand et moyen fessiers gauches, qualifiée de possiblement d'origine traumatique. Si l'hypothèse de lésions préexistantes au niveau des muscles précités devait être retenue, leur cause demeurerait néanmoins inconnue. On ignore en particulier si ces éventuelles atteintes étaient ou non de nature à entraîner des limitations fonctionnelles, cas échéant si l'accident du 7 mars 2016 a pu les aggraver.

A cela s'ajoute qu'il apparaît que l'IRM du 18 avril 2017 a mis en lumière une bursite étendue à hauteur de la déchirure partielle des muscles moyens, et surtout du grand glutéal gauche, avec une infiltration des tissus mous, périlésionnelle associée. Or, dans son rapport d'IRM du 27 novembre 2018 produit à l'appui du recours, le Dr E. _____ a observé, par rapport à l'IRM du 18 avril 2017, une inflammation musculaire un peu plus étendue au niveau de la portion supérieure du muscle grand fessier à gauche. Cet élément plaide dans le sens d'une évolution de l'inflammation. Toutefois, les documents médicaux au dossier ne permettent pas d'affirmer ou d'infirmier son apparition dans les suites immédiates de l'accident, respectivement de déterminer si la progression de l'inflammation est toujours consécutive à l'accident ou non. On ignore

ainsi si l'inflammation était en lien de causalité avec l'accident, respectivement si la progression de l'inflammation l'est également ou si elle est due à une autre cause. Se pose dès lors la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant en relation avec l'accident du 7 mars 2016. A cet égard, on relèvera que contrairement à ce que soutient l'assuré, le rapport final du Service de l'emploi du 3 décembre 2018, plus exactement les constatations de I._____, n'ont pas valeur d'appréciation médicale et ne sauraient dès lors suffire pour retenir que l'état de santé du recourant n'est pas stabilisé.

c) Sur le plan psychique, le diagnostic de trouble somatoforme posé par la Dre B.U._____ dans son rapport du 2 mars 2019 à l'OAI, de même que les éléments de majoration de symptômes observés par le Dr W._____ lors de son examen clinique du 25 septembre 2017 et par les Drs R._____ et K._____ à la faveur du séjour du recourant à la Clinique Z._____ en automne 2017 s'opposent au constat de l'expert AA._____ excluant des facteurs de surcharge. L'examen du recourant par cet expert est certes postérieur à la décision litigieuse. Il n'existe cependant pas de pièce au dossier permettant d'expliquer l'appréciation de cet expert par une altération de l'état de santé du recourant qui serait survenue depuis le 2 avril 2019. Cette divergence impose également d'investiguer plus avant l'état de santé psychique du recourant et dans l'hypothèse où une atteinte psychique était avérée, apprécier son lien de causalité naturelle et adéquat avec l'accident litigieux. A cela s'ajoute que dans l'hypothèse d'un trouble somatoforme coexistant avec des troubles physiques authentiques, une analyse à tout le moins bi-disciplinaire s'avère indispensable.

d) Au vu des circonstances énumérées ci-avant, l'instruction menée par l'intimée doit donc être considérée comme lacunaire et ne satisfaisant pas aux exigences de l'art. 43 al. 1 LPGA.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit

procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il est également relevé que le Dr Q. _____ avait lui-même envisagé que soit effectuée une expertise bi-disciplinaire dans son rapport du 28 janvier 2019. Une expertise devra dès lors être mise en œuvre laquelle comprendra à tout le moins des volets rhumatologique et / ou orthopédique ainsi que psychiatrique. Les renseignements à recueillir au préalable s'agissant des atteintes antérieures à l'accident, et de la décompensation que cet événement aura pu entraîner sur celles-ci, devraient permettre de délimiter les disciplines médicales indispensables à l'expertise, cas échéant la nécessité ou non de faire appel en sus à un expert spécialiste en neurologie ou en médecine interne.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a 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., débours et TVA compris (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'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 2 avril 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complètement 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. _____ une indemnité de 4'000 fr. (quatre 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 Graf (pour V. _____),
- 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 :