

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 août 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Métral, juge, et Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Michael Anders, avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; art. 6, 16, 18 et 24 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** O.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1987, travaillait en tant que conducteur de bus pour le compte de R.\_\_\_\_\_ SA depuis le [...] 2016. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 25 juin 2018, il s'est fait agresser dans le cadre de son travail.

Dans un rapport du 26 juin 2018, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin au service des urgences de M.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu la veille l'assuré qui signalait avoir été agressé par un homme armé d'un morceau de bois. Il présentait des traces au niveau du flanc gauche, de l'aisselle gauche et de la clavicule droite, ainsi que des douleurs à la main gauche et aux 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> métacarpiens sans impotence fonctionnelle vraie et avec un bilan radiologique sans particularités. Il présentait également un syndrome de stress post-traumatique. Des antalgiques lui ont été prescrits et il a été mis en arrêt de travail jusqu'au 30 août 2018.

Le 2 juillet 2018, l'employeur a annoncé le sinistre à la CNA, qui a pris en charge le cas.

Le 4 juillet 2018, l'assuré s'est présenté aux urgences de l'hôpital G.\_\_\_\_\_ pour de légères douleurs résiduelles à la main gauche, à l'épaule gauche et aux côtes à gauche. Dans un rapport du 5 juillet 2018, les Dres X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, respectivement médecin cheffe et médecin assistante dans cet établissement, ont indiqué qu'au niveau de la main gauche, l'assuré signalait une douleur électrique à la mobilisation des doigts 4 et 5 et du poignet, irradiant dans l'avant-bras, ainsi qu'un claquement lors des mouvements de pro-supination. Au niveau de l'épaule gauche, il rapportait une douleur à la mobilisation, irradiant dans la nuque, avec réduction de la mobilité. Lors de l'examen clinique, il a été constaté la présence d'un hématome sur le flanc gauche indolore à la palpation et

des douleurs costales reproductibles à la palpation des côtes 5 et 6 latéro-postérieures. Au niveau de l'épaule gauche, il y avait un léger hématome du biceps, une douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire et une mobilité active et passive limitée en raison des douleurs. A l'examen de la main gauche, l'assuré présentait une douleur à la palpation au niveau de l'ulna distal et des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> métacarpiens, ainsi qu'une douleur électrique à la mobilisation des doigts 4 et 5 et du poignet, sans œdème ni hématome ; la sensibilité et la mobilité étaient par ailleurs conservées. A cette occasion, des radiographies du poignet gauche, de l'épaule gauche, de l'articulation acromio-claviculaire gauche et droite et du thorax ont été réalisées, qui n'ont pas révélé de fracture. De discrètes irrégularités de l'articulation acromio-claviculaire gauche étaient visibles à la radiographie. Les Dres X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire gauche. Le traitement prescrit consistait en des antalgiques et une immobilisation par polysling.

Dans un rapport du 30 août 2018, la psychologue Y.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de stress post-traumatique, précisant que l'assuré présentait des flash-backs, une insomnie sévère et des angoisses.

Le 19 septembre 2018, une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule gauche a été réalisée, qui n'a pas révélé d'anomalie labro-cartilagineuse ni de l'échancrure spino-glénoïdienne. Les tendons sous-scapulaire, infra-épineux et du petit rond étaient intègres, tout comme le tendon du long chef du biceps qui était en place. Une bonne trophicité musculaire a été mise en évidence. Il y avait de discrets remaniements dégénératifs acromio-claviculaires. Les Drs T.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin interniste au service de radiologie de l'hôpital B.\_\_\_\_\_, ont conclu à des signes d'une tendinopathie des fibres antérieures du supra-épineux, sans déchirure visible des tendons de la coiffe des rotateurs.

Le 24 septembre 2018, l'assuré a été vu en consultation spécialisée de l'épaule et du coude par les Drs W.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin interne au service de

chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil locomoteur de l'hôpital B.\_\_\_\_\_. L'assuré rapportait des douleurs latérales supérieures partant de la nuque irradiant au niveau de l'épaule et du coude gauche, sous la forme de décharge électrique, les douleurs étant également nocturnes et insomniantes. A l'examen, ces médecins ont mis en évidence une douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire et du long chef du biceps, avec une coiffe compétente mais des amplitudes fortement diminuées dans tous les plans. Le bilan radiologique ne montrait pas de lésion au niveau de la coiffe des rotateurs, mais des signes d'entorse acromio-claviculaire de stade I, pour laquelle il avait bénéficié d'une immobilisation par un gilet orthopédique durant deux mois. Pour cette problématique, ils ont préconisé l'instauration d'un traitement par physiothérapie auprès des collègues rééducateurs. L'assuré était par ailleurs adressé au service des nerfs périphériques en raison de la symptomatologie du plexus et du nerf ulnaire distal.

Le 28 octobre 2018, la Dre K.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique à l'unité de la chirurgie de la main et des nerfs périphériques de l'hôpital B.\_\_\_\_\_, a préconisé une arthro-IRM du poignet gauche pour une suspicion de lésion du complexe fibro-cartilagineux triangulaire (TFCC) et un électroneuromyogramme (ENMG) pour la symptomatologie d'un syndrome du canal cubital probablement décompensé à la suite de l'agression.

Dans un rapport du 30 octobre 2018, la Dre V.M.\_\_\_\_\_ et Mme Y.\_\_\_\_\_ ont confirmé le diagnostic de stress post-traumatique, signalant aussi une phobie des bus a été mentionnée.

Une IRM du poignet et de la main gauche réalisée le 14 novembre 2018 a révélé des résultats dans les limites de la norme sans signes de lésion du TFCC.

Un examen neurologique a été effectué par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui a mentionné dans son rapport du 30 novembre 2018 que l'assuré se plaignait de difficultés à fermer sa main,

de paresthésies dans les deux derniers doigts de la main gauche et d'irradiation sur le versant interne de l'avant-bras. L'examen clinique révélait l'absence de parésie des muscles et les réflexes myotatiques étaient vifs et symétriques. Le Tinel était négatif aux poignets, mais positif à la gouttière épitrochléo-olécranienne. Il y avait des dysesthésies avec tendance à l'hypoesthésie dans le territoire du nerf ulnaire de la main gauche. A l'ENMG, la neurographie sensitive et motrice des nerfs médians et ulnaires était normale. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a conclu que l'ENMG était globalement normal sans signes en faveur d'une neuropathie lésionnelle des nerfs ulnaires notamment au coude. Il y avait des signes indirects, à la limite de la signification, de neuropathie sensitive myélinique des nerfs ulnaires des deux côtés sans bloc de conduction ou perte axonale. Il a retenu le diagnostic de neuropathie à nette prédominance irritative du nerf ulnaire gauche au coude, sans traduction électrophysiologique. Au vu des résultats rassurants, un traitement conservateur lui paraissait indiqué.

Dans un rapport du 11 décembre 2018, la Dre K. \_\_\_\_\_ a constaté que les mobilités articulaires du coude étaient bonnes avec une pronosupination complète. Elle a rappelé que l'IRM ne révélait pas de lésion du TFCC et que l'ENMG était globalement dans la norme. Elle a conclu à une légère neuropathie du nerf ulnaire décompensée en post-traumatique pour laquelle aucune prise en charge n'était pour l'instant entreprise. Elle avait prévu de réévaluer l'assuré dans trois mois.

Dans un avis du 27 décembre 2018, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement, a estimé que les lésions encore présentes chez l'assuré n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident.

Dans une note de consultation de contrôle du 10 janvier 2019, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin adjoint à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique de l'hôpital B. \_\_\_\_\_, a signalé une amélioration des amplitudes de l'épaule gauche et la poursuite de la physiothérapie, l'assuré ne souhaitant pas d'infiltration sous-acromiale. Il a

ajouté que l'arrêt de travail était attesté par le médecin traitant, précisant que l'aspect psychique prédominait.

Dans un rapport du 6 février 2019, la Dre V.M. \_\_\_\_\_ et la psychologue Y. \_\_\_\_\_ ont mentionné que le traitement psychothérapeutique était toujours en cours.

Le 8 février 2019, la Dre K. \_\_\_\_\_ a informé la CNA que le traitement conservateur se poursuivait et qu'il était prévu de revoir l'assuré dans trois mois.

Interpellé par la CNA notamment sur le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques de l'assuré et l'accident du 25 juin 2018, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement, a répondu le 15 février 2019 qu'il était très probable que ces troubles étaient liés à l'accident.

Dans une note de suivi du 4 mars 2019, le Dr N. \_\_\_\_\_ a signalé une diminution des douleurs et une amélioration fonctionnelle et des amplitudes. La physiothérapie se poursuivait.

Le 24 avril 2019, la Dre K. \_\_\_\_\_ a fait état d'une amélioration des paresthésies sur le territoire du nerf ulnaire qui étaient alors présentes uniquement sur la pulpe des doigts 4 et 5. L'assuré poursuivait sa rééducation et il était prévu de le revoir dans six mois.

Dans un rapport du 3 mai 2019, la Dre V.M. \_\_\_\_\_ et Mme Y. \_\_\_\_\_ ont informé la CNA que l'assuré présentait toujours un état anxieux généralisé, quelques flash-backs, un sommeil perturbé et une phobie des transports.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2019, elles ont confirmé le diagnostic de stress post-traumatique, précisant que le traitement consistait en une séance hebdomadaire avec la psychologue, la Dre V.M. \_\_\_\_\_ étant vue une fois par trimestre en cas de nécessité.

Une IRM de l'épaule gauche réalisée le 26 avril 2019 a révélé, au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, des signes d'arthrose sous forme d'irrégularité des berges articulaires et épanchement articulaire. Il n'y avait pas d'argument pour un conflit avec le muscle sus-épineux ou le tendon du long chef du biceps. Les ligaments acromio-claviculaire, acromio-coracoïdien et coraco-claviculaire étaient intègres, de même que la chape delto-trapézienne.

Il ressort d'une note de consultation de suivi du 27 mai 2019 du Dr N. \_\_\_\_\_ qu'il était mis un terme à la physiothérapie.

Le 17 juillet 2019, le Dr N. \_\_\_\_\_ a demandé un avis chirurgical pour une résection du centimètre distal claviculaire au service de chirurgie orthopédique de l'hôpital B. \_\_\_\_\_, précisant qu'un essai d'antalgie per-os avait permis une amélioration des douleurs acromio-claviculaires de l'épaule gauche arthrosique, mais avait entraîné une gêne gastrique, l'assuré ayant par ailleurs décliné sa proposition d'infiltration de cortisone.

Il ressort d'une notice téléphonique du 16 août 2019 avec la gestionnaire de la CNA, qu'interrogé sur le déroulement de l'agression, l'assuré a répondu qu'il n'avait pas reçu de coups au coude. Il déclarait avoir encore des fourmis dans le bras et le coude lorsqu'il restait trop longtemps dans la même position, ne plus avoir beaucoup de douleurs aux doigts et au poignet et être capable de fermer le poing.

Dans un rapport du 23 septembre 2019, le Dr E. \_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique ambulatoire de l'hôpital B. \_\_\_\_\_, a écrit au Dr N. \_\_\_\_\_ que l'assuré présentait une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire engendrant des douleurs et des craquements à la mobilisation, les amplitudes articulaires et les forces étant toutefois conservées. La symptomatologie douloureuse depuis plus d'une année n'ayant pas été soulagée par la rééducation, il proposait une acromioplastie avec résection au niveau de la clavicule. Le patient était

par ailleurs adressé à la consultation de la chirurgie de la main pour discuter d'une neurolyse du nerf ulnaire.

Le dossier a été soumis au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a conclu, le 18 octobre 2019, que l'atteinte au poignet gauche devait être considérée guérie au plus tard trois mois après l'accident. Concernant le coude gauche, il était d'avis qu'aucun trouble neurologique n'était imputable à l'accident, cette partie du corps n'ayant pas été impliquée lors de l'agression et le diagnostic de neuropathie du nerf ulnaire gauche au coude posé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne pouvant pas être suivi au vu des résultats de l'ENMG.

Dans un rapport du 20 octobre 2019, la Dre V.M.\_\_\_\_\_ et Mme Y.\_\_\_\_\_ ont indiqué que l'évolution était lente mais favorable.

Par décision du 24 octobre 2019, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 31 octobre 2019, estimant que l'assuré ne présentait pas de séquelles en lien de causalité avec l'accident. Elle a également refusé d'allouer une rente et une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle.

Le 13 novembre 2019, l'assuré, représenté par l'avocat Michael Anders, s'est opposé à cette décision. Il a complété son opposition le 13 décembre 2019, alléguant qu'une intervention chirurgicale avait été décidée.

Le 13 janvier 2020, le Dr Z.\_\_\_\_\_, chef de clinique à l'unité de la chirurgie de la main et des nerfs périphériques de l'hôpital B.\_\_\_\_\_, a examiné l'assuré qui signalait des douleurs acromio-claviculaires, malgré la thérapie suivie, et une persistance des troubles de la sensibilité des doigts ulnaires. A l'examen clinique du membre supérieur gauche, le Dr Z.\_\_\_\_\_ constatait une dysesthésie des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts de la main avec une mobilité libre des doigts et du poignet. Il n'y avait pas d'hypotrophie musculaire, pas d'instabilité de l'articulation radio-ulnaire

distale, ni de franche luxation du nerf ulnaire palpable au coude. Le test du conflit ulno-carpien était négatif. Le Tinel était positif en regard du poignet et du coude sur le territoire du nerf ulnaire et le test de Phalen était également positif après environ dix secondes au poignet. Il proposait de réaliser un ENMG de contrôle pour la symptomatologie du nerf ulnaire. Il recommandait également une nouvelle IRM de l'épaule vu la date du dernier bilan. Il prévoyait de revoir l'assuré après ces examens en vue de discuter de l'indication à une prise en charge chirurgicale conjointement avec le Dr U.\_\_\_\_\_. Il a ajouté qu'il n'y avait pas d'arrêt de travail attesté en ce qui concerne le coude et le poignet.

Dans un rapport d'IRM du 5 février 2020, les Drs F.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, du service de radiologique de l'hôpital B.\_\_\_\_\_, ont conclu à une entorse de grade II de l'articulation acromio-claviculaire et à une discrète tendinopathie d'insertion du tendon du sous-épineux sans autre lésion de la coiffe des rotateurs. L'IRM révélait un diastasis de l'articulation acromio-claviculaire associée à un élargissement horizontale d'environ 8 et d'un épanchement intra-articulaire sans anomalie du ligament conoïde suggestive d'une lésion capsulo-ligamentaire de grade II.

Dans un rapport du 13 février 2020, le Dr U.\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie ambulatoire de l'hôpital B.\_\_\_\_\_, a écrit avoir vu l'assuré le 27 janvier 2020 pour la problématique de l'épaule gauche dans le cadre d'une persistance des douleurs acromio-claviculaires avec irradiation à la nuque et de mobilités toujours limitées, la force globale étant en revanche conservée. La radiographie du jour étant sa particularité, il proposait au patient de reprendre une physiothérapie intensive en piscine et à sec.

L'assuré a été adressé au Dr Q.\_\_\_\_\_ pour un nouvel examen neurologique. Dans son rapport du 28 février 2020, ce spécialiste a relevé que depuis la dernière consultation quinze mois plus tôt, l'évolution était partiellement favorable, les paresthésies des deux derniers doigts de la main gauche ayant diminué en intensité et en fréquence. A l'examen, il notait des dysesthésies sans véritable

hypoesthésie des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> rayons. Il n'y avait pas d'amyotrophie thénarienne ou hypothénarienne, ni de parésie, et les réflexes myotatiques étaient vifs et symétriques. Les neurographies sensitive et motrice étaient normales et il n'y avait pas de perte axonale motrice, de bloc de conduction ni de ralentissement des vitesses au coude. Il a conclu que l'examen de contrôle était rassurant et permettait d'exclure des signes de neuropathie lésionnelle du nerf ulnaire au coude et au poignet. Il a posé le diagnostic de signes cliniques et électrophysiologiques en faveur d'une neuropathie ulnaire au coude gauche, à nette prédominance irritative, sans évidence pour une atteinte au canal de Guyon et sans traduction électrophysiologique. Il proposait la poursuite d'un traitement conservateur.

Dans un rapport du 9 mars 2020, le Dr U.\_\_\_\_\_ a indiqué que la dernière IRM confirmait la présence d'une entorse acromio-claviculaire de stade II avec une composante inflammatoire et un début d'arthropathie de cette articulation. L'assuré poursuivait un traitement conservateur de physiothérapie qui apportait un léger bénéfice et une réévaluation était prévue dans deux mois. A son avis, l'arthropathie acromio-claviculaire était due au traumatisme survenu en juin 2018 et il demandait à la CNA de reconsidérer sa prise en charge.

Le 15 avril 2020, la Dre V.M.\_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré présentait toujours les symptômes s'apparentant au diagnostic de stress post-traumatique.

Dans un rapport du 12 mai 2020, le Dr U.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré rapportait des douleurs mixtes, inflammatoires présentes la nuit, et mécaniques. A la mobilisation, les douleurs étaient principalement lors de l'élévation antérieure active, lors de ports de charges et lors de mouvements contraignants à l'articulation acromio-claviculaire. Au status, il présentait des amplitudes identiques à celles constatées lors la consultation précédente, avec une abduction et élévation antérieure active à 90°, et le reste des mobilités complètes avec une force globale à M5.

Se déterminant à la suite des nouvelles pièces versées au dossier, le Dr J.\_\_\_\_\_ a établi le 5 mai 2020 une nouvelle appréciation neurologique confirmant les conclusions de son précédent rapport du 18 octobre 2019.

Se déterminant le 3 juin 2020 sur le dossier, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu des suites de l'accident l'entorse de grade II de l'articulation acromio-claviculaire gauche survenue dans un contexte d'arthrose préexistante, ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes : le soulèvement de charges supérieures à 5 kg loin du corps et supérieures à 10 kg près du corps, les travaux permanents à hauteur ou au-dessus de la poitrine impliquant la poussée, la traction, la charge d'impacts ou des vibrations importantes sur l'épaule gauche, les travaux exigeant des mouvements rapides de renversement du bras gauche ou dans la zone de l'épaule gauche, et ceux exigeant une fonction de maintien sûre du bras gauche. A deux ans de l'accident, il n'y avait plus lieu d'attendre d'un traitement une amélioration significative de la fonction de l'épaule.

Le 11 juin 2020, il a évalué à 5 % l'atteinte à l'intégrité corporelle pour le trouble à l'épaule gauche, se basant notamment sur les dernières constatations du Dr U.\_\_\_\_\_ et faisant application de la table 5 relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA.

Par avis du 11 juin 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2020, précisant que l'examen du droit à d'autres prestations d'assurance était en cours.

Dans un courrier de son conseil du 30 juin 2020, l'assuré s'est opposé à cette prise de position, sollicitant la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des soins médicaux.

Dans un rapport du 16 juillet 2020, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs du versant ulnaire et palmaire du poignet pouvaient être

liées à un reste inflammatoire en regard du TFCC qui se montrait légèrement altéré à l'IRM réalisée le 7 juillet 2020. Il n'y avait pas d'indication pour une intervention chirurgicale, l'instauration d'une physiothérapie de renforcement, proprioception et stretching étant en revanche préconisée. Il a précisé que l'entorse acromio-claviculaire était suivie par ses collègues du « team épaule ».

Par décision du 28 juillet 2020, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Elle a estimé qu'il ne pouvait pas prétendre à des prestations de l'assurance-accidents pour les troubles psychiques faute de lien de causalité adéquate avec l'accident du 25 juin 2018. Sur le plan physique, les séquelles de l'accident n'empêchaient pas l'exercice d'une activité professionnelle ne nécessitant pas le soulèvement de charge de plus de 5 kg loin du corps et plus de 10 kg près du corps, de travaux permanents à hauteur ou au-dessus de la poitrine impliquant la poussée, la traction, la charge d'impacts ou des vibrations importantes sur l'épaule gauche, ni des travaux exigeant des mouvements rapides de renversement du bras gauche ou dans la zone de l'épaule gauche, ni encore ceux exigeant une fonction de maintien sûre du bras gauche. Pour la détermination du taux d'invalidité, elle a pris en considération un revenu sans invalidité de 75'231 fr. 90 sur la base des indications fournies par l'employeur, et un revenu avec invalidité de 68'992 fr. calculé au moyen des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 1 pour un homme). La comparaison de ces revenus conduisait à un degré d'invalidité de 8 % n'ouvrant pas le droit à une rente. La CNA lui a en revanche octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

Le 17 août 2020, le Dr U.\_\_\_\_\_ a écrit à la CNA que le traitement de l'épaule gauche n'était toujours pas terminé. Selon ce spécialiste, la symptomatologie de l'articulation acromio-claviculaire était toujours à corrélérer au traumatisme et il ne comprenait pas l'arrêt de la prise en charge du traitement médical par la CNA. Il a ajouté que l'assuré allait être adressé à ses collègues de la rééducation pour effectuer des infiltrations.

Se déterminant le 21 août 2020 sur le dernier rapport du Dr U.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé que l'infiltration mentionnée était, d'un point de vue médical, un traitement de la douleur servant au maintien de la situation, une amélioration ne pouvant plus être attendue avec un tel traitement.

Le 14 septembre 2020, l'assuré, représenté par son conseil, a formé opposition contre la décision du 28 juillet 2020 de la CNA, contestant la stabilisation de son état de santé et l'absence de relation de causalité adéquate entre son trouble psychique et l'accident. A l'appui de son opposition, il a notamment produit une attestation du 14 septembre 2020 du Dr R.A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant que l'assuré est gaucher et que son traitement était toujours en cours selon le dernier rapport des hôpital B.\_\_\_\_\_ du 16 juillet 2020.

Le 27 novembre 2020, il a complété son opposition en produisant un rapport du 30 octobre 2020 cosigné par la Dre V.M.\_\_\_\_\_ et Mme Y.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 27 novembre 2020 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, la Dre S.B.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique à l'hôpital B.\_\_\_\_\_, a signalé qu'à la suite d'une infiltration de plasma riche en plaquettes (PRP) le 13 octobre 2020, l'assuré signalait un bénéfice sur les douleurs et une amélioration des mouvements. Au status, elle retrouvait une légère amélioration de rotation externe, mais la flexion antérieure était cependant réduite par rapport aux constatations faites en septembre 2020. Elle proposait de faire quinze jours de thérapie antalgique (patch anti-inflammatoire la journée et prise d'Ibuprofène le soir) associée à trois jours de Tecar thérapie, et de reprendre cinq séances de physiothérapie pour revoir les exercices d'auto-étirement et reprendre la mobilisation passive. Elle prévoyait de revoir l'assuré en janvier 2021.

Par décision sur opposition du 5 mars 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 28 juillet 2020.

**B.** Le dossier de la CNA comporte le dossier pénal relatif à l'agression du 25 juin 2018 qui lui a été transmis par le Ministère public de l'arrondissement de [...].

Il en ressort que lors de son audition par la police le 13 août 2018, l'assuré a fait les déclarations suivantes :

« En date du 25.06.2018, j'ai commencé ma tournée vers 15h50 à [...] au dépôt comme chauffeur de bus pour [...]. Vers 18h09, je devais effectuer ma pause jusqu'à 18h49. Je me suis stationné sur les places attribuées aux bus près de [...]. Une fois mon bus stationné, j'ai effectué quelques courses.

Je me suis ensuite rendu au wc public de [...]. Alors que j'étais en train d'effectuer ma commission dans l'urinoir, une femme qui se trouvait enfermée dans les toilettes a ouvert la porte brusquement. J'ai été surpris car je pensais qu'il n'y avait personne dans les wc et c'est pour cette raison que je me suis retourné par réflexe. Par la suite, cette femme a laissé la porte ouverte et m'a demandé si j'avais du papier toilette. Je lui ai répondu que non. Puis elle est partie des toilettes sans un mot.

Par la suite je suis rentré dans le bus afin de manger et j'ai verrouillé le bus.

Vers 18h40, j'ai aperçu un collègue qui devait aussi effectuer sa pause et il s'est stationné sur l'avenue [...] non loin de mon bus. Je suis allé à sa rencontre afin de discuter avec lui concernant une déviation sur [...]. Il a verrouillé son bus et nous avons marché quelques pas ensemble en direction de mon bus. Puis mon collègue a pris la direction du magasin [...].

Je suis retourné dans mon bus afin de recommencer mon service. Avant même que j'aie eu le temps d'ouvrir la porte avant de mon bus, deux hommes se trouvaient derrière moi. L'un d'eux m'a dit, je cite, « tu dois faire des excuses à la fille » et ceci agressivement tout en tenant un bâton en caoutchouc dur de couleur noire entre les mains. Je ne comprenais pas pourquoi il désirait des excuses.

Au vu de l'agressivité qu'il avait, mais aussi parce qu'ils étaient deux contre moi, j'ai préféré rentrer dans le bus afin de partir et ne pas entrer dans son jeu car il cherchait réellement la bagarre.

Lorsque je me suis réfugié dans mon bus sur le siège conducteur, j'ai essayé de verrouiller la porte afin qu'ils ne puissent pas entrer, mais je n'ai pas été assez rapide. Du coup, l'homme qui tenait le bâton a forcé la porte du bus ce qui lui a permis d'entrer et de me coincer dans le siège conducteur et impossible pour moi de sortir de cet emplacement.

Il m'a donné plusieurs coups de poing au niveau du visage. J'ai mis mes avant-bras en protection. Une petite porte se trouve près du siège conducteur, j'ai réussi à pousser cette porte afin de mettre une distance entre nous. Je me suis levé pour refermer la porte,

mais il a réussi à reprendre son bâton qui faisait environ 2 mètres et s'est mis à me frapper avec.

Il a d'abord essayé de me frapper sur la tête mais j'ai mis mes avant-bras en protection. Puis il m'a frappé sur le côté gauche des côtes et il m'a frappé également sur l'épaule droite. Lors de ses frappes, il m'a aussi dit plusieurs fois « je vais te tuer ». L'autre homme était à côté de lui et le motivait en l'excitant encore plus pour me frapper ; quant à la fille, elle rigolait lors de cette altercation. Je précise que lors de ses frappes ma montre a été cassée ainsi que mes lunettes à soleil.

Après vos services sont arrivés grâce à un appel d'un informateur.

J'étais complètement déboussolé, mais j'ai repris mon service avec un retard de 15 minutes.

Arrivé à [...], et une fois l'adrénaline redescendue, j'ai contacté mon responsable afin de me faire remplacer car j'avais de grosses douleurs aux côtes ainsi qu'à mon épaule.

J'ai déposé mon car au dépôt à [...], puis je suis rentré chez moi et un ami m'a amené au M. \_\_\_\_\_ car j'avais de grosses douleurs. Ils m'ont fait un constat de coups et blessures et m'ont fait un certificat médical de 7 jours.

Le 27 juin 2018, je suis retourné voir mon médecin de famille, il m'a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 3 juillet environ, et il m'a prescrit des médicaments et m'a aussi prescrit pour faire une radiographie et une échographie du poignet gauche, épaule gauche et droite et les côtes. [...] »

S. \_\_\_\_\_, interrogé le 8 octobre 2018 par la police, a déclaré ce qui suit :

« Le jour en question j'étais en pause avec M. O. \_\_\_\_\_. Je venais de prendre ma pause et lui terminait la sienne. Je suis allé garer mon véhicule le long de la pharmacie « [...] », vers « [...] ». Lui était parké en face de « [...] », aux places de parc à [...]. Pendant que je parquais, il est venu à ma rencontre, à pied. Nous avons discuté devant mon véhicule quelques minutes, puis nous nous sommes séparés. Lui est retourné vers son véhicule et je suis parti en direction du [...] qui se trouve à quelques rues, dans [...]. 100 mètres plus loin, j'ai entendu des bruits comme si on tapait sur quelque chose, sur une carrosserie ou comme ça, puis j'ai entendu des cris. Je me suis retourné et j'ai vu que ça provenait du bus de mon collègue. Je me suis donc demandé ce qui se passait et j'ai décidé d'aller voir. J'ai couru et en arrivant, je me suis rendu compte qu'il était directement concerné. Je l'ai trouvé à l'intérieur du bus. Il y avait un gaillard qui avait une barre à la main. Un autre à côté, du même groupe, et à côté une demoiselle. Ces trois personnes étaient en dehors du bus. Il y avait aussi un monsieur qui avait garé sa moto qui est aussi intervenu. Le gaillard avec la barre se prenait de bec avec mon collègue. J'ai essayé de le calmer. Pour vous répondre, la barre était en plastique, de couleur grise, elle devait faire quelque chose comme un mètre. Ensuite, j'ai essayé de les ramener à la raison et de savoir ce qu'il se passait. Je pense que le monsieur à la moto a fait appel à la police, qui est arrivée 3 à 5 minutes plus tard. Ensuite les choses se sont calmées. Le monsieur qui avait la barre a déposé sa barre dans le mur du bâtiment de [...] avant que la police n'arrive. J'ai essayé de savoir ce qui s'était passé en questionnant la jeune fille qui m'a expliqué sa version. Je précise que Monsieur criait que mon collègue voulait violer sa copine. Elle m'a dit qu'elle était aux toilettes publiques plus bas en train de faire ses besoins lorsque

mon collègue est arrivé. Elle m'a dit qu'elle avait les toilettes ouvertes. Sur le fait, elle a demandé du papier à mon collègue et il lui a fait savoir qu'il n'en avait pas. Elle m'a dit qu'il avait sorti son sexe, comme ça. Ensuite, elle a rapporté cela à son copain qui ne l'a pas bien pris, ce qui a déclenché l'altercation. Mon collègue m'a dit pour sa part que lorsque la fille lui a demandé du papier, il est juste ressorti normalement, en lui répondant qu'il n'avait pas de papier. Il a été choqué par le comportement de la femme qui avait la porte ouverte. Il m'a dit aussi qu'il avait pris des coups de barre du jeune homme. Il m'a montré une rougeur sur l'épaule et un bleu à la main. »

La troisième et dernière personne interrogée par la police était la femme qui accompagnait l'agresseur, qui, lors de son audition du 22 novembre 2018, a admis que ce dernier avait menacé l'assuré en faisant le geste de le frapper avec un tuyau à la suite d'un incident survenu dans les toilettes, précisant qu'elle n'avait pas vu de coups portés.

Selon le rapport d'investigation du 10 décembre 2018 de la gendarmerie, des agents de la police de [...] sont intervenus le 25 juin 2018 vers 18h50 sur le lieu de l'altercation et ont procédé à l'indentification des protagonistes qui se réservaient de déposer plainte ultérieurement.

Le dossier pénal contient également une ordonnance pénale du 7 mars 2019, entrée en force, par laquelle le Ministère public de l'arrondissement de [...] a condamné l'agresseur de l'assuré à 60 jours-amende à 30 fr. le jour et à 300 fr. d'amende pour lésions corporelles simples et menaces.

**C.** Par acte de son mandataire du 20 avril 2021, O.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 5 mars 2021, concluant principalement à son annulation, au constat que le cas n'est médicalement pas stabilisé, au renvoi du dossier à l'intimée et à la condamnation de celle-ci à payer les soins médicaux avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2020. Il soutient en substance que son atteinte à la santé psychique est en lien de causalité adéquate avec l'accident, se référant au rapport du 30 octobre 2020 de sa psychiatre traitante et soulignant qu'aucun

spécialiste en psychiatrie ne s'était prononcé sur son cas, hormis sa psychiatre traitante. Concernant l'atteinte à la santé physique, il conteste qu'elle soit stabilisée au vu des traitements prodigués par l'hôpital B.\_\_\_\_\_. A l'appui de son recours, il a notamment produit une attestation du 16 avril 2021 de Mme Y.\_\_\_\_\_, cosignée par la Dre V.M.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 25 mai 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le recourant a confirmé ses conclusions dans sa réponse du 14 juin 2021, alléguant que son traitement était toujours en cours à l'hôpital B.\_\_\_\_\_ et que son cas avait été prématurément clos. Il a produit diverses convocations à des consultations médicales portant sur la période du 18 mai 2020 au 20 avril 2021.

L'intimée n'a pas déposé de duplique.

Par décision du 15 décembre 2021, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 avril 2021, sous la forme d'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Michael Anders, le recourant étant astreint à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1<sup>er</sup> février 2022.

### **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 compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 juin 2020.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 réf. 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 réf. citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les réf. citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**d)** 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. a)** Le catalogue des prestations comprend notamment le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

**b)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé

n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.2 et les références citées).

**5. a)** 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. 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).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

**c)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**d)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). L'assuré peut en outre, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de

procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; 126 V 75).

**6.** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, 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).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « *règle générale* » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**7.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**8.** Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant allègue que l'intimée n'a pas rendu de décision sur l'opposition qu'il avait faite à l'encontre de l'avis du 11 juin 2020 qui mettait fin à la prise en

charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières avec effet au 30 juin 2020.

**a)** Selon le Tribunal fédéral, la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, on ne se trouve pas en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF 144 V 354 consid. 4.2 concernant un recours contre une décision refusant le droit à la rente ; TF 8C\_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

**b)** Le 28 juillet 2020, l'intimée a rendu une décision formelle sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui a été confirmée sur opposition le 5 mars 2021 et qui fait l'objet de la présente procédure. Au vu de la jurisprudence précitée, ces décisions et décision sur opposition portent également sur la fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des soins médicaux. Dans le cadre de la présente procédure, le recourant s'est du reste déterminé sur ces questions, concluant au constat que son état de santé n'est pas stabilisé et à la poursuite de la prise en charge des soins médicaux au-delà du 30 juin 2020. Au vu de ce qui précède, on ne saurait reprocher à l'intimée de ne pas avoir rendu une décision formelle limitée à la question des indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux.

**9.** Il convient à présent d'analyser la question du lien de causalité entre l'agression du 25 juin 2018 et les troubles psychiques présentés par le recourant, étant précisé que le caractère accidentel de cet événement est admis.

**a)** Il ressort de l'ordonnance pénale du 7 mars 2019, entrée en force, que le 25 juin 2018 à 18h50 à [...], V.\_\_\_\_\_, accompagné d'un individu non identifié, muni d'un bâton en caoutchouc à la main, s'est approché du recourant sur un ton agressif et lui a réclamé des excuses. Alors que le recourant se réfugiait dans son bus, avec l'intention de refermer les portes du véhicule derrière lui, le prénommé, plus rapide, l'a suivi, l'a coincé sur le siège conducteur et lui a donné plusieurs coups de poing au visage, ainsi que des coups sur la tête, les côtes et l'épaule droite au moyen du bâton qu'il avait auparavant, tout en disant à plusieurs reprises « je vais te tuer ». Il ressort en outre du dossier que la police, alertée par un témoin de la scène, est arrivée rapidement sur les lieux. Les déclarations du collègue du recourant tendent à confirmer que l'agression n'a pas duré longtemps. Lorsque ce témoin est arrivé sur place peu après le début de l'altercation, un tiers était déjà intervenu et l'agresseur se trouvait à l'extérieur du véhicule, tandis que le recourant était toujours dans le bus. L'agresseur avait par ailleurs déposé le bâton avant l'arrivée des agents de police qui ont simplement procédé à l'identification des protagonistes. Le recourant n'a pas eu besoin de consulter un médecin immédiatement et a pu reprendre son service. Ce n'est que plus tard qu'il a demandé à être remplacé et a ramené le véhicule au dépôt de [...] avant de rentrer chez lui par ses propres moyens. Il n'y a aucun élément objectif parlant pour une mise en danger concrète du recourant et l'ensemble des circonstances ne permettent pas de retenir que la violence de l'agression était telle qu'il faille qualifier l'événement de grave.

Au vu de ce qui précède, on peut se rallier à l'appréciation de l'intimée qui a classé l'agression dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Le recourant ne conteste d'ailleurs pas cette classification. Il estime en revanche que cinq des critères définis par la jurisprudence pour fonder l'existence d'un lien de causalité adéquate sont remplis.

**b)** Comme vu précédemment, en présence d'un accident de gravité moyenne, la relation de causalité adéquate de l'atteinte psychique

avec l'accident sera admise si trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence sont réalisés (consid. 3d *supra*).

**aa)** En l'occurrence, d'un point de vue objectif, les circonstances dans lesquelles s'est produit l'événement accidentel sont dépourvues de caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. L'agression est survenue en journée, dans un lieu public, et a été relativement brève, un tiers et le collègue du recourant étant intervenus rapidement avant l'intervention de la police qui fut également prompte.

Le recourant se prévaut de l'avis de sa psychiatre traitante selon lequel le critère des circonstances particulièrement dramatique ou impressionnant de l'accident est rempli dès lors que les menaces répétées de l'agresseur ont objectivement confronté le recourant à la vision qu'il allait mourir (cf. rapport du 30 octobre 2020 de la Dre V.M. \_\_\_\_\_) et allègue qu'aucun spécialiste en psychiatrie, hormis sa psychiatre traitante, ne se serait déterminé sur son cas. Il convient en premier lieu de rappeler que la question de la causalité adéquate relève des instances d'application du droit et non des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF 8F\_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3). Par ailleurs, le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident doit être examiné de manière objective, et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré. Il peut en outre être signalé qu'un accident de gravité moyenne présente toujours un caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas, en soi, à conduire à l'admission de ce critère (TF 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.1 ; 8C\_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2). Or il y a lieu de constater qu'objectivement la vie du recourant n'a pas été mise en danger. Aucun organe vital n'a été lésé et il a pu reprendre le travail immédiatement après l'accident. Le témoin entendu par la police a fait état d'une « prise de bec », précisant que le recourant lui avait parlé dans l'immédiat des coups reçus et du fait qu'il avait été choqué par le comportement de la femme qui accompagnait l'agresseur, mais pas des menaces de mort. Ni les circonstances retenues par le juge pénal, ni la description de la scène faite par le témoin ne

permettent de retenir un caractère très impressionnant ou dramatique des faits.

A titre de comparaison, le Tribunal fédéral a admis que ce critère était rempli dans le cas d'un assuré agressé par deux cambrioleurs cagoulés ayant fait irruption dans son appartement au milieu de la nuit et l'ayant frappé à la tête avec un long objet dur (TF U 382/06 du 6 mai 2008), dans celui d'un assuré confronté à deux hommes inconnus, masqués et dangereusement armés, qui a été attaqué avec une tronçonneuse en marche et blessé au visage, au bras et à la main (TF 8C\_480/2013 du 15 avril 2014), ou encore dans celui d'un assuré frappé par surprise avec un objet en verre directement au visage entraînant une plaie buccale d'environ 11 cm, une blessure dépassant 25 cm au niveau de la joue et de la parotide, ainsi qu'une importante perte de sang d'au moins un litre et demi dont l'écoulement ne pouvait être jugulé par des soins sur place mais seulement par un geste chirurgical (TF 8C\_96/2017 du 24 janvier 2018). Les circonstances d'espèce sont d'une gravité bien en-deçà des cas précités.

Le rapport de la psychologue Y.\_\_\_\_\_, contresigné également par la Dre V.M.\_\_\_\_\_, du 16 avril 2021, produit au stade du recours, ne comporte aucun élément permettant de modifier l'appréciation qui précède. Par ailleurs, les circonstances de l'agression décrites dans ce document ne correspondent pas à la réalité. Il est mentionné que le souci principal du recourant lors de l'agression avait été de protéger les passagers du bus, alors que le dossier pénal ne fait pas état de la présence de passagers et que le recourant n'a pas parlé de passagers lors de son audition par la police, ni déclaré que l'agresseur en voulait à ces derniers. Au contraire, il ressort de ses déclarations que l'agresseur le visait personnellement en raison de ce qui s'était passé dans les toilettes, étant précisé que sur ce dernier point la version de la femme en cause est différente de la sienne mais n'a pas été examinée par le juge pénal qui ne s'est pas prononcé sur les motifs de la demande d'excuses formulée par l'agresseur. Quant aux précédents rapports de la psychiatre traitante, ils sont fondés sur les déclarations du recourant, qui signalait faire des

cauchemars, des insomnies et avoir des douleurs, et ne font pas état de faits objectifs permettant de qualifier la gravité de l'accident.

Enfin, l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ du 15 février 2019, qui voyait un lien de causalité entre l'état post-traumatique et l'accident, ne saurait non plus être suivie, puisqu'elle semble porter uniquement sur la question de la causalité naturelle et qu'il n'a pas examiné les critères devant être remplis selon la jurisprudence pour pouvoir admettre la relation de causalité adéquate.

**bb)** Pour être retenu, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante; TF 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références citées).

En l'espèce, les lésions du recourant ne présentent pas une nature particulière au sens de la jurisprudence, ni n'atteignent le seuil de gravité requis pour justifier l'admission de ce critère. La déclaration d'accident ne fait état que d'hématomes. Les premiers constats médicaux ne relatent pas de lésions graves, mais uniquement des traces au niveau du flanc gauche, de l'aisselle gauche et de la clavicule droite ainsi que des douleurs de la main gauche et des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> métacarpiens, sans impotence fonctionnelle vraie et avec un bilan radiologique sans particularités, qui ont conduit à un arrêt de travail d'abord jusqu'au 30 juin 2018 (cf. rapport du 26 juin 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_). Les radiographies effectuées en juillet 2018 ont confirmé l'absence de fracture et le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire gauche a été posé. Ces atteintes ne sont manifestement pas de gravité particulière propres, selon l'expérience de la vie, à entraîner des troubles psychiques. Elles ont du reste été qualifiées de lésions corporelles simples dans l'ordonnance pénale du 7 mars 2019.

**cc)** Le recourant soutient ensuite que le critère de la durée anormalement longue du traitement médical est rempli.

Pour l'examen de ce critère, il faut tenir compte uniquement du traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). 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\_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.1 et les références ; 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). 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\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 et U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239).

En l'occurrence, il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale et le traitement a été essentiellement conservateur. Après une immobilisation du membre supérieur gauche et la prescription d'antalgiques (cf. rapport du 5 juillet 2018 des Dres X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_), un traitement par physiothérapie a été prescrit dès septembre 2018 (cf. rapport du 26 septembre 2020 des Drs W.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_). En novembre 2018, le Dr Q.\_\_\_\_\_ estimait qu'un traitement conservateur était adapté et la Dre K.\_\_\_\_\_ signalait le 11 décembre 2018 qu'aucune prise en charge n'avait été entreprise pour le coude, une réévaluation étant prévue dans trois mois. Le 8 février 2019, elle a fait état d'un traitement conservateur qui se poursuivait. En mars 2019, le Dr N.\_\_\_\_\_ a mentionné la poursuite des séances de physiothérapie, le recourant ne souhaitant pas d'infiltration sous-acromiale. En juillet 2019, il a évoqué un essai d'antalgie per-os. Après une interruption de la physiothérapie signalée en mai 2019 par le Dr N.\_\_\_\_\_, une reprise d'un traitement par physiothérapie a été

préconisée par le Dr U.\_\_\_\_\_ en janvier 2020. De telles mesures ne sauraient être considérées comme un traitement pénible et invasif.

C'est à juste titre que l'intimée a retenu que le traitement médical prodigué au recourant ne pouvait être qualifié comme anormalement long au sens de la jurisprudence précitée.

**dd)** Le recourant soutient que le critère des douleurs physiques persistantes est réalisé.

Pour qu'un assuré puisse se prévaloir du critère relatif à l'intensité des douleurs, il faut que, durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) aient existé, sans interruption conséquente, des douleurs importantes. L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C\_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2 ; TF 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.5).

En l'espèce, les douleurs physiques n'empêchent pas le recourant d'exercer une activité adaptée à temps complet. Elles ne font pas l'objet d'un suivi par un spécialiste de la douleur et les rapports médicaux versés au dossier ne font pas état d'un traitement spécifique contre la douleur dont l'étendue et la durée permettraient de retenir que le critère de l'intensité des douleurs serait réalisé au regard de la jurisprudence. A noter qu'en juillet 2018, le recourant consultait pour de légères douleurs résiduelles (cf. rapport du 5 juillet 2018 des Dres X.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_). L'importance de ce critère doit par ailleurs être relativisée *in casu*, compte tenu des vraisemblables effets délétères de la problématique psychique qui se trouve au premier plan. A noter aussi que le recourant présente des atteintes d'origine dégénératives qui jouent également un rôle dans la survenance de ses difficultés. En définitive, les rapports médicaux figurant au dossier ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la persistance de douleurs dues à l'accident du degré d'intensité requis par la jurisprudence.

**ee)** Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (cf. TF 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2 et la référence citée), étant rappelé que l'intéressé doit faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). En l'espèce, ce critère n'est pas rempli dès lors que la durée de l'incapacité de travail n'a pas été particulièrement longue, le recourant étant capable de reprendre une activité adaptée depuis le 3 juin 2020.

**ff)** Les autres critères, à savoir les difficultés ou complications importantes apparues au cours de la guérison et des erreurs médicales entraînant une aggravation notable des séquelles accidentelles, ne sont manifestement pas réalisés. Le recourant ne le soutient du reste pas.

**ee)** En conclusion, c'est à juste titre que l'intimée a nié le caractère adéquat du lien de causalité entre l'événement accidentel du 25 juin 2018 et les troubles psychiques, de sorte que le recourant ne saurait prétendre à une prise en charge de ces troubles par l'intimée.

**10.** Il y a lieu à présent d'examiner le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accident au-delà du 30 juin 2020 du fait de ses atteintes physiques, étant relevé qu'un lien de causalité a été admis pour une durée différente selon les atteintes présentées.

**a)** Sur le plan neurologique (soit le poignet et le coude), se basant sur l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, l'intimée n'a pas admis de lien de causalité entre l'accident et une atteinte neurologique au-delà de trois mois après l'accident. Après examen des pièces versées au dossier, en particulier des résultats des ENMG pratiqués par le Dr Q.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_ a conclu, dans ses évaluations des 18 octobre 2019 et 5 mai 2020, que le recourant ne présentait plus de trouble neurologique en lien

de causalité avec l'accident du 25 juin 2018. Il a notamment relevé que l'examen clinique et neurologique ne mettait pas en évidence de parésies ni d'amyotrophie, mais uniquement des dysesthésies sans véritable hypoesthésie des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts. Les résultats de l'ENMG étaient normaux, notamment au niveau du nerf ulnaire, sans bloc de conduction ou perte axonale. Il a conclu que l'assuré avait présenté une neurapraxie à la suite du coup reçu au poignet lors de l'agression, qui pouvait expliquer les paresthésies ressenties dans la région des doigts de la main gauche sans traduction électrophysiologique. Il a expliqué qu'une telle atteinte se résorbe généralement après quelques jours ou semaines. En l'occurrence l'évolution avait été favorable, comme cela ressortait notamment des déclarations du recourant qui confirmait pouvoir fermer le poing, et des constatations médicales, en particulier de celles de la Dre K.\_\_\_\_\_. Il a ainsi conclu, sur la base de l'ensemble des éléments, que la guérison du recourant devait être considérée comme complète au plus tard après trois mois. Cette appréciation n'est pas sérieusement mise en doute par les autres éléments du dossier.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a lui aussi exclu des signes de neuropathie lésionnelle du nerf ulnaire au coude et au poignet, mais retient une neuropathie ulnaire au coude gauche, à nette prédominance irritative, sans traduction électrophysiologique. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a expliqué de manière étayée et convaincante les raisons l'ayant conduit à écarter l'existence d'une atteinte au coude gauche en lien avec l'accident. Il a tout d'abord relevé que le recourant n'avait pas été frappé au coude selon ses propres déclarations et que les pièces du dossier excluaient également une participation du coude. Après avoir commenté ensuite les résultats des examens cliniques et neurophysiologiques, il a expliqué que l'existence d'une neuropathie ulnaire au coude à prédominance irritative évoquée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'était pas vraisemblable au vu des résultats de l'ENMG globalement dans les normes, avec des dysesthésies sans parésie, sans atrophie ni hypoesthésie dans les zones irriguées par le nerf ulnaire. Aucune pièce médicale ne permet de jeter le doute sur les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_, en particulier pas le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 16 juillet 2020 qui évoque la simple possibilité d'un lien entre les

douleurs au versant ulnaire et palmaire du poignet et un reste inflammatoire en regard du TFCC, étant précisé que de simples possibilités ne suffisent pas à admettre un lien de causalité en matière d'assurance-accidents. A noter encore que les rapports médicaux ne font pas état de limitations fonctionnelles liées à une atteinte au coude ou au poignet qui aurait une incidence sur la capacité de travail du recourant et qu'il ressort du rapport du 13 janvier 2020 du Dr Z.\_\_\_\_\_ aucun arrêt maladie en lien avec le poignet ou le coude.

En conclusion, les rapports du Dr J.\_\_\_\_\_ reposent sur un examen de l'entier du dossier, ils comportent une anamnèse, ils tiennent compte des plaintes du recourant et comportent des conclusions motivées. Il n'y a aucun motif de s'écarter de l'appréciation de ce spécialiste, qui peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'intimée était dès lors fondée à exclure un lien de causalité entre l'agression du 25 juin 2018 et la symptomatologie encore présente chez le recourant au poignet et au coude gauches.

**b)** Sur le plan orthopédique (soit l'épaule gauche), il s'agit de déterminer si l'état était stabilisé au 30 juin 2020, comme l'a retenu l'intimée sur la base de l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_. Dans son avis du 3 juin 2020, ce spécialiste a relevé que les douleurs persistantes dans la région de l'épaule gauche et la diminution de la capacité de charge pouvaient s'expliquer par l'entorse acromio-claviculaire dans un contexte d'arthrose acromio-claviculaire préexistante. Il a conclu que deux ans après l'accident, le cas pouvait être considéré comme stabilisé dès lors qu'aucun traitement n'était susceptible d'améliorer significativement la fonctionnalité de l'épaule gauche, précisant qu'une pleine capacité de travail était au demeurant exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

Il ressort des derniers rapports médicaux que le traitement toujours en cours consiste en des séances de physiothérapie et que des infiltrations ont également été proposées au recourant. Concernant l'infiltration évoquée par le Dr U.\_\_\_\_\_ en août 2020, le médecin

d'arrondissement a précisé, le 21 août 2020, qu'il s'agissait d'une thérapie de la douleur servant à maintenir l'état actuel et qu'il n'était pas de nature à apporter une amélioration notable de la fonction de l'épaule. Cette appréciation n'est manifestement pas contredite par les pièces médicales du dossier.

Il ressort en effet que déjà en janvier 2019, la physiothérapie, instaurée en septembre 2018, se poursuivait, le recourant ne souhaitant pas d'infiltration (cf. note de suivi du 10 janvier 2019 du Dr N.\_\_\_\_\_). En septembre 2019, il était relevé par le Dr E.\_\_\_\_\_ que la symptomatologie n'avait pas été soulagée malgré le traitement suivi depuis plus d'une année. Après avoir évoqué l'opportunité d'une intervention chirurgicale, la reprise d'un traitement de physiothérapie a été préconisée par le Dr U.\_\_\_\_\_ en février 2020, étant précisé que ce médecin ne prétend pas que cela conduirait à une amélioration notable de l'état de l'épaule gauche. Il en va de même des autres médecins ayant examiné le recourant. Le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2020 indique aussi un traitement uniquement conservateur de l'entorse. Pour le volet neurologique, le Dr Q.\_\_\_\_\_ préconisait également la poursuite d'un traitement conservateur. En mars 2020, le Dr U.\_\_\_\_\_ constatait un léger bénéfice, précisant que le traitement conservateur de physiothérapie se poursuivait. Dans son rapport du 12 mai 2020, il signalait une évolution partiellement favorable, tout en notant qu'au status le recourant présentait des amplitudes identiques à celles constatées lors de la consultation précédente. En novembre 2020, à la suite d'une infiltration, la Dre S.B.\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant signalait un bénéfice sur les douleurs et une amélioration des mouvements. Au status, elle constatait une légère amélioration de rotation externe mais retrouvait par contre une flexion antérieure réduite par rapport à septembre 2020. Elle prescrivait une thérapie antalgique et de la physiothérapie. Il ressort de ce qui précède, que les rapports médicaux au dossier ne sont pas susceptibles de jeter le doute sur les conclusions bien étayées du Dr B.\_\_\_\_\_, fondées sur un examen complet du dossier, et qui peuvent se voir accorder pleine valeur probante.

Le rapport du Dr R.A. \_\_\_\_\_ du 14 septembre 2020 indiquant que le traitement est toujours en cours n'est pas détaillé et ne précise pas la nature du traitement. Dans la mesure où il se réfère au rapport du 16 juillet 2020 de l'hôpital B. \_\_\_\_\_, on peut en déduire qu'il s'agit toujours du traitement conservateur évoqué par le Dr Z. \_\_\_\_\_. Ce document ne contredit pas l'appréciation du médecin d'arrondissement selon laquelle un tel traitement, plus de deux ans après l'accident, n'est pas de nature à améliorer de manière notable la fonction de l'épaule du recourant. Les pièces produites au stade du recours (sous 7 à 7.12) ne sont pas non plus pertinentes puisque ce ne sont que des convocations à des consultations médicales.

L'état de santé du recourant sur le plan physique étant stabilisé, l'intimée était fondée à mettre fin au versement d'indemnités journalières au 30 juin 2020 et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**11. a)** Pour l'examen du droit à la rente, l'intimée a admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 juin 2020. Ce point n'est pas contesté et aucun rapport médical ne permet de remettre en question cette appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles fondée sur des éléments objectifs.

**b)** Les revenus avec invalidité (68'992 fr.) et sans invalidité (75'231 fr. 90) pris en compte par l'intimée pour la détermination du degré d'invalidité ne sont pas contestés.

Il peut être relevé que c'est à juste titre que le revenu sans invalidité a été déterminé sur la base des indications fournies par l'employeur, conformément à la jurisprudence citée plus haut (consid. 5c *supra*).

Quant au revenu avec invalidité, l'intimée était fondée à se référer aux données de l'ESS 2018, étant donné que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative.

L'absence d'abattement sur le revenu avec invalidité n'est pas non plus critiquable, l'ensemble des circonstances du cas particulier ne justifiant pas de procéder à une déduction. En particulier, l'âge du recourant est très éloigné de l'âge de retraite et les pièces du dossier ne font pas état de difficultés dans la langue française. Concernant les limitations fonctionnelles, il peut être rappelé que le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C\_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.5; 8C\_549/2019 du 26 novembre 2019 consid. 7.7; 8C\_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3). Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (TF 8C\_679/2020 du 1<sup>er</sup> juillet 2021 consid. 6.2.1 ; 8C\_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3). En l'occurrence, les limitations fonctionnelles que présente le recourant (soit essentiellement pas de port de charges supérieures à 5 kg loin du corps et supérieures à 10 kg près du corps, pas de travaux à hauteur ou au-dessus de la poitrine impliquant la poussée, la traction, ou des vibrations importantes sur l'épaule gauche et pas de travaux exigeant des mouvements rapides dans la zone de l'épaule gauche), n'ont pas d'incidence sur les activités simples et légères qui restent exigibles de sa part.

L'intimée était par conséquent fondée à nier le droit à une rente, le degré d'invalidité du recourant n'atteignant pas le seuil de 10 % ouvrant le droit à une telle prestation.

**12.** L'intimée a enfin alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % sur la base de l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2020. Se référant à la table 5 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses éditée par la CNA, qui prévoit un taux de 5 à 10% en cas d'arthroses graves, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu un taux de 5 % pour l'entorse de grade II de l'articulation acromio-claviculaire dans un contexte d'arthrose préexistante à l'accident. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation convaincante, qui n'est contredite par aucune pièce médicale du dossier et qui n'est du reste pas contestée par le recourant.

**13.** Le recourant n'a pas sollicité expressément des mesures d'instruction, mais a mentionné l'audition de témoins, sans préciser lesquels, comme offres de preuves pour des allégués portant sur des attestations médicales versées au dossier. A toutes fins utiles, il sera précisé que le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction n'est pas nécessaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**14.** En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Michael Anders peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 3 janvier 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'086 fr. 40, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3])

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 5 mars 2021 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 Michael Anders, conseil d'office de O. \_\_\_\_\_ est arrêtée à 2'086 fr. 40 (deux mille huitante-six francs et quarante 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 de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Michael Anders (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :