

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Berberat, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourant, représenté par Me Yann Oppliger, avocat à Renens (VD),

et

J._____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 LAA ; 36 al. 1 OLAA.

E n f a i t :

A. F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, était employé par [...] Sàrl en qualité de [...] depuis le 20 juin 2016 et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de J. _____ SA (ci-après : J. _____ ou l'intimée).

Selon la déclaration d'accident LAA complétée par l'employeur le 5 septembre 2016, l'assuré était hospitalisé depuis le 26 août 2016 ensuite d'un accident de voiture. Ce matin-là, l'assuré, au volant de son fourgon [...], avait en effet percuté quasiment frontalement un véhicule ayant dévié de la voie de circulation opposée ; sous l'effet du choc, l'arrière du fourgon s'était soulevé, avait pivoté et s'était immobilisé perpendiculairement à la chaussée, à cheval sur un muret et la chaussée (cf. rapport de la police cantonale vaudoise du 3 novembre 2016).

L'assuré a séjourné au sein du Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre H. _____ (ci-après : le H. _____) du 26 août au 13 septembre 2016, date à laquelle il a quitté l'hôpital contre avis médical, dans un contexte de frustration importante due à l'accident et aux conséquences physiques de celui-ci. Par rapport du 28 septembre 2016, le Dr M. _____, médecin associé, et le Dr B. _____, chef de clinique, ont indiqué que l'assuré avait été victime d'un accident de la voie publique le 26 août 2016 ayant nécessité une désincarcération pendant environ une heure et un transport aux urgences du H. _____. Ils ont posé les diagnostics suivants (sic) :

« Diagnostics

- Membre inférieur droit :
 - luxation postérieure de la hanche
 - fracture du cotyle (colonne postérieure et mur postérieur)
 - fracture du plateau tibiale ouverte Gustilo II (fracture du plateau tibial externe par choc direct avec ré fend intra-articulaire du plateau tibial interne non déplacé)
- Membre inférieur gauche :
 - fracture ouverte Gustilo II du fémur distal AO C3
 - fracture de l'insertion tibiale du LCP [plaque de compression périprothétique]
 - fracture du bord interne de la rotule
- Fracture plurifragmentaire de l'olécrane gauche

- Pneumothorax droit

Diagnostic secondaire

- Orchi-épididymite droite à E. Coli »

Les Drs M._____ et B._____ ont exposé que l'assuré avait subi plusieurs interventions chirurgicales entre le 26 août et le 12 septembre 2016, lesquelles s'étaient déroulées sans complication. Ils ont attesté une incapacité de travail totale depuis la date de l'accident.

L'assuré a à nouveau été hospitalisé au H._____ du 21 au 24 septembre 2016. Il a subi une arthroscopie diagnostique au genou gauche et une réinsertion d'une fracture avulsion comminutive du pied tibial du LCP par mini-abord postérieur le 22 septembre 2016 (cf. protocole opératoire établi le 26 septembre 2016 par le Dr M._____ et rapport du 28 septembre 2016 du Dr B._____ et de la Dre Q._____, médecin assistante).

J._____ a pris le cas en charge (cf. notamment courrier du 11 octobre 2016 au H._____).

L'assuré a séjourné à la Clinique S._____ (ci-après : la S._____), à [...], du 18 octobre au 22 novembre 2016. Aux termes de leur rapport du 1^{er} décembre 2016, les Drs N._____, chef de service, et D._____, médecin assistante, ont attesté une incapacité de travail totale dans la profession actuelle du 18 octobre au 22 décembre 2016 et fait état de ce qui suit :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et raideur au niveau des coude gauche, genou gauche, hanche droite et genou droit

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Accident de la voie publique le 26.08.2016 (choc frontal en voiture) avec :

- Membre inférieur droit :

- luxation de la hanche droite, traitée par réduction fermée le 26.08.2016**
- fracture du plateau tibial droit, ouverte Gustilo type II (plateau tibial externe avec refend intra-articulaire du plateau interne**

non-déplacée), traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse le 26.08.2016

- fracture du cotyle droit (colonne postérieure et mur postérieur) traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse le 05.09.2016
 - Membre inférieur gauche :
 - fracture du fémur distal gauche, AO C3 ouverte Gustilo type II, traitée par alignement sur fixateur externe le 26.08.2016, puis réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque NCB et plaque 1/3 tube, le 31.08.2016
 - genou gauche : fracture-avulsion comminutive du pied tibial du ligament croisé postérieur, déplacée, intervenu le 22.09.2016 avec réinsertion de la fracture-avulsion du pied tibial du LCP
 - enraidissement du genou gauche, post-traumatique, avec examen clinique et sous narcose, objectivant une flexion limitée à 90° pour une extension à 0°, sans réaction d'arthrofibrose intra-articulaire
 - status post-fracture-avulsion au bord interne de la rotule, sur l'insertion rotulienne du MPFL [ligament fémoro-patellaire médial] avec probablement luxation externe de la rotule, traitée conservativement
 - chondropathie de stade II à III affectant le tiers central du condyle fémoral interne
 - membre supérieur gauche :
 - fracture pluri-fragmentaire de l'olécrâne gauche, traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse par embrochage-haubanage le 31.08.2016 avec AMO [ablation de matériel d'ostéosynthèse], le 14.10.2016
- Probable légère atteinte axonale sensitivo-motrice du nerf péronier D [droit], du nerf tibial D et probable atteinte du nerf gluteus supérieur D, sur une vraisemblable distension du nerf sciatique à hauteur du bassin (ENMG [électroneuromyogramme] du 14.11.2016).

COMORBIDITES

- Aucune

ANTECEDENTS

- Orchiépididymite droite à E. coli en septembre 2016 (traitée par Ciprofloxacine jusqu'au 25.09. 2016)
 - Status post-fracture du nez à l'âge de 12 ans, traitée conservativement
 - Status post-amygdalectomie dans l'enfance
- (...)

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, le patient ne rapporte aucun type de douleur (patient en fauteuil). Il rapporte seulement des raideurs des genoux gauche et droit, et du coude gauche, accompagnées de gonflements des deux pieds, surtout le matin. Pas de douleur neuropathique rapportée. Le patient se déplace en fauteuil roulant de manière autonome, réalise

les transferts et les AVQ [activités de la vie quotidienne], nécessitant uniquement de l'aide pour l'hygiène personnelle du dos. A l'entrée, les charges autorisées sont de 15 kg sur les deux membres inférieurs.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

Pour les examens antérieurs au présent séjour, se référer aux documents du H. _____

RX du coude gauche du 26.10.2016: status après AMO. Fracture d'aspect en partie consolidée.

RX du genou gauche du 25.10.2016 : matériel d'ostéosynthèse sans déplacement. Petite déformation avec légère irrégularité corticale du condyle externe. Fracture encore bien visible. Fragment intermédiaire et métaphyso-diaphysaire distal légèrement déplacé postérieurement. Alignement des fragments osseux.

RX du genou droit du 26.10.2016 : plaque et vis tibiale externes sans signe de descellement. Trait de fracture pratiquement pas visible. Pas de déformation significative.

RX du bassin du 26.10.2016 : présence de plaque vis et de vis d'aspect intègre, sans évidence de descellement. Fracture bien réduite du cotyle droit.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : aucun nouveau diagnostic. Marche progressive en alterné en accord avec l'opérateur. Pour le genou G [gauche] l'orthèse doit être conservée jusqu'au 5ème mois post-op (mi-décembre), avec augmentation progressive de la mobilité. Mobilisation libre pour le coude G.

Sur le plan neurologique : Probable légère atteinte axonale sensitivo-motrice du nerf péronier, du nerf tibial et probablement du nerf gluteus supérieur, sur une vraisemblable distension du nerf sciatique à hauteur du bassin (ENMG du 14.11.2016). Si le matériel d'ostéosynthèse le permet, le neurologue propose de réaliser une IRM [imagerie par résonance magnétique] pour visualiser le trajet du nerf sciatique et pour bilancer une éventuelle atrophie neurogène de la musculature du bassin est indiquée. (Cf. rapports de neurologie).

(...)

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

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (Cf. rapports annexés) :

- physiothérapie
- ergothérapie
- Ateliers orthopédie technique

Le traitement antalgique à base de Tramadol a été diminué. Nous recommandons de réévaluer l'indication à ce médicament, à moyen terme.

L'évolution subjective et objective est favorable (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Le délai pour la stabilisation pourra être discuté après la consultation au H. _____ au mois de décembre.

Il est encore trop tôt pour se prononcer sur le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de [...]. »

Le 15 novembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en raison des polytraumatismes subis le 26 août 2016.

Dans un rapport du 9 février 2017, le Dr Z. _____, médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie du H. _____, a indiqué avoir revu le patient le 21 décembre 2016 et le 30 janvier 2017. Celui-ci lui avait alors signalé une amélioration globale avec très peu de douleurs tant au niveau de la hanche et du genou droit que du coude gauche ; il se plaignait toutefois de douleurs au niveau du genou gauche surtout en regard de la face latérale du fémur distal sur probable gêne du matériel d'ostéosynthèse au niveau du fascia lata respectivement du tractus iliotibial. Ce médecin a observé qu'objectivement, l'assuré présentait des amplitudes quasi complètes au niveau du coude gauche, du genou et de la hanche droits. Au niveau du genou gauche, il a noté une flexion/extension à 130-0-0° avec un Lachman légèrement prolongé. En outre, il a indiqué que les radiographies du genou et de la hanche droits, ainsi que du genou gauche présentaient des rapports ostéo-articulaires plus ou moins conservés. L'assuré continuait donc le reconditionnement physique à sec et en piscine et reprenait également la conduite de son véhicule en vue d'une reprise de son métier de [...]. Il était toutefois encore trop tôt pour une telle reprise, au vu de la boiterie et du manque de force surtout au niveau du membre inférieur gauche. Le Dr Z. _____ a finalement attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 31 mars 2017.

Aux termes d'un rapport du 1^{er} mai 2017, le Dr C. _____, chef de clinique au Service d'orthopédie et traumatologie du H. _____, a

indiqué qu'en raison des multiples lésions subies par le patient, celui-ci n'était pas capable de reprendre son activité comme [...]; il proposait ainsi à J._____ que l'assuré soit vu rapidement par les responsables de l'assurance pour discuter d'une reconversion professionnelle.

Par rapport du 2 mai 2017 au Dr Z._____, le Dr P._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de probable lésion haute du nerf sciatique droit après luxation de la hanche avec fracture du cotyle le 26 septembre 2016 et de status après polytraumatisme le 26 août 2016 par accident de la voie publique avec fracture luxation de la hanche et fracture du cotyle droit, fracture ouverte du plateau tibial Gustilo II droit, fracture ouverte Gustilo II du fémur distal gauche, fracture de l'insertion tibiale du ligament croisé postérieur, fracture du bord interne de la rotule, status après pneumothorax et fracture d'une côte, status après fracture du coude gauche. Il a émis la synthèse suivante :

« Ce jeune patient de [...] ans a été victime d'un accident de la voie publique avec choc frontal le 26.08.2016 où il a eu les traumatismes susmentionnés. Notamment au niveau de la hanche D il a eu une luxation avec fracture du cotyle. Depuis le traumatisme, il garde un déficit moteur pour lever le pied D avec engourdissement sur le dessus du pied et le côté latéral de la jambe, il a aussi une difficulté pour faire l'abduction de la jambe D et il y a un abaissement du bassin à droite.

L'examen neurologique révèle en effet ce signe de Trendelenburg D, il y a ce déficit moteur à prédominance des fibres L5 à droite avec des troubles de la sensibilité associés.

Le bilan électrophysiologique parle en faveur d'une lésion haute du nerf sciatique D à prédominance des fibres du nerf péronier commun D avec signe de dénervation aigu dans le tibialis antérieur et plutôt des signes de dénervation chroniques dans le court chef du biceps fémoris D. Le mécanisme est cette luxation au niveau de la hanche D.

J'ai expliqué au patient que le nerf peut repousser à une vitesse de 3 cm par mois, il faut donc s'attendre à une longue récupération peut-être sur 2 ans.

Le patient continue à effectuer de la physiothérapie. »

Il ressort d'un rapport de visite du 9 juin 2017 ayant trait à un entretien du jour-même entre un collaborateur de J._____ et l'assuré que ce dernier consultait le Dr Z._____ une fois par mois et qu'il souhaitait que les plaques dans ses membres inférieurs soient enlevées pour qu'il

puisse progresser. L'intéressé a indiqué qu'il boitait à droite à cause de sa hanche et à gauche à cause de son genou et qu'il ne prenait plus de Tramal. Il marchait le plus possible sans canne, mais se promener sans canne était impossible, il se réveillait fréquemment la nuit et la position assise prolongée était encore impossible. S'agissant d'une reconversion professionnelle, l'assuré a indiqué qu'une reprise de son précédent emploi n'était pas envisageable, mais qu'un stage de technicien orthopédiste l'intéresserait, les positions pouvant être alternées dans une telle activité.

Dans un rapport du 12 septembre 2017 à J._____, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de séquelles d'un syndrome de stress post-traumatique et de séquelles physiques. Il a indiqué que l'assuré était très nerveux au volant et encore plus comme passager dans une voiture et qu'il craignait le comportement éventuellement déviant des autres conducteurs. Il lui fallait environ trente à soixante minutes pour se calmer une fois hors de la route. Ces troubles se manifestaient depuis l'accident et leur origine était psychogène ; à sa connaissance, il n'existait pas de facteur extérieur qui ait joué un rôle dans la genèse des troubles, autre que l'accident en lui-même. D'après le psychiatre, son patient n'était pas capable de travailler, du fait de ses troubles. L'intéressé ne prenait pas de médicament mais suivait une psychothérapie.

Aux termes d'un rapport du 24 novembre 2017 à J._____, le Dr Z._____ a indiqué que le patient ne présentait plus aucune symptomatologie au niveau de son coude gauche. L'évolution était également favorable au niveau de son genou droit, l'intéressé sentant juste la pointe d'une vis dépassant un peu de l'os qui le gênait, mais pour laquelle il pourrait procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse dans un avenir plus ou moins proche. En revanche, le Dr Z._____ a constaté que la fracture complexe du fémur distal gauche ne s'était pour l'instant consolidée que partiellement, c'est-à-dire au niveau du pilier médial, tandis que le pilier latéral n'était pas encore consolidé et risquait d'évoluer vers une pseudarthrose. Il a ainsi préconisé de réaliser une radiographie de la cuisse distale gauche à la fin du mois de janvier 2018 afin de

comparer ses résultats avec ceux de la radiographie effectuée en août 2017, ce qui permettrait de déterminer si une reprise chirurgicale était nécessaire pour améliorer son état de santé. Le médecin précité a encore exposé que la hanche droite récupérait progressivement, le patient présentant de moins en moins de boiterie par insuffisance musculaire de ce côté-là. Il a proposé la poursuite du reconditionnement physique des deux membres inférieurs en physiothérapie. L'incapacité de travail était toujours totale. Selon lui, il était trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle atteinte à l'intégrité puisque le cas était loin d'être stabilisé.

Un CT-scan du fémur gauche a été réalisé le 22 janvier 2018. D'après le rapport y relatif, daté du même jour, l'examen se révélait superposable au scan d'août 2017. Il relevait en outre un aspect compatible avec une zone nécrotique de la partie antérieure du condyle latéral, sans apparition de fracture par ailleurs.

Répondant aux questions soumises par J._____, le Dr G._____ a fait état, le 5 mars 2018, d'une bonne évolution psychique, même si le patient gardait des séquelles (il roulait lentement et avait peur au volant). Ce dernier ne ressentait plus le besoin d'un suivi psychiatrique, la dernière consultation ayant eu lieu le 20 novembre 2017 ; il était centré sur sa vie de famille et attendait une intervention chirurgicale du Dr Z._____. Le psychiatre a encore attesté une incapacité de travail totale, ajoutant qu'on ne pouvait compter sur une reprise du travail à temps complet.

Dans un rapport du 4 avril 2018, le Dr Z._____ et la Dre Q._____ ont posé le diagnostic principal de status post réduction ouverte et ostéosynthèse d'une fracture type AO 33-C3 du fémur gauche par plaque NCB en 2016, actuellement consolidation incomplète en région postérolatérale de la fracture du fémur gauche avec suspicion de pseudarthrose infectée à Cutibacterium acnes. Ils ont exposé que l'assuré avait subi une opération le 23 mars 2018, sous la forme d'une reprise chirurgicale avec ablation de la plaque NCB, débridement de la zone non consolidée, greffe osseuse par autogreffe prélevée au niveau du bassin,

puis ostéosynthèse par plaque NCB du fémur distal. Après cette intervention, les suites avaient été favorables. Les radiographies de contrôle étaient satisfaisantes et les plaies opératoires restaient calmes. Les prélèvements post-opératoires avaient mis en évidence un Cutibacterium acnes, raison pour laquelle les infectiologues avaient proposé un traitement de Rocéphine dès le 28 mars 2018.

Par rapport du 23 mai 2018 à J._____, le Dr Z._____ a posé le diagnostic de suspicion de pseudarthrose septique à Cutibacterium acnes d'une fracture du fémur distal gauche. Il a noté que l'évolution était très favorable ; lors du contrôle du 7 mai 2018, le patient avait signalé être beaucoup moins gêné au niveau de la face latérale de la cuisse distale par rapport à la nouvelle plaque plus fine et moins encombrante. Il présentait des amplitudes articulaires quasiment complètes, marchait encore en charge partielle mais commencerait la charge selon douleurs dès à présent. Le Dr Z._____ a précisé que l'assuré avait été hospitalisé du 23 au 24 mars 2018, date de son retour à domicile. L'incapacité de travail s'élevait toujours à 100 % et il n'y avait pour l'instant pas de prévision possible quant à une éventuelle reprise du travail. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, le médecin a indiqué que son patient n'était pas encore capable de charge à 100 % sur le membre inférieur gauche et qu'il présentait également encore une faiblesse d'origine neurogène des abducteurs du membre inférieur droit, respectivement de la hanche droite. La situation n'était pas stabilisée et il n'existait aucune garantie quant à l'obtention d'une consolidation osseuse complète relativement à la pseudarthrose du fémur distal gauche.

Aux termes d'un rapport du 13 août 2018 au Dr Z._____, le Dr P._____ a noté la persistance d'une lésion axonale à prédominance des fibres pour le nerf péronier commun droit. Le patient ne constatait pas d'amélioration significative depuis la dernière consultation au mois de mai 2017 ; il ressentait toujours une faiblesse pour lever le pied droit et l'engourdissement sur le dessus du pied droit et sur la surface externe de la jambe droite persistait, de même que la douleur haute dans la région fessière droite quand il restait longtemps assis. Il continuait à effectuer de

la physiothérapie deux fois par semaine. Le Dr P._____ a indiqué que l'examen neurologique était quasiment inchangé par rapport à la dernière fois avec des parésies M4 des releveurs du pied droit. Quant au bilan électrophysiologique, il révélait une légère amélioration avec réapparition d'une amplitude motrice dans le territoire du nerf péronier commun droit. En revanche, à la myographie du tibialis antérieur, il y avait toujours d'abondants signes de dénervation et désormais aussi des signes de dénervation chroniques et de réinnervation. Selon le médecin précité, bientôt deux ans après le traumatisme, il n'y avait probablement plus d'amélioration significative à espérer. Le Dr P._____ a questionné le Dr Z._____ sur l'opportunité de présenter l'assuré à un chirurgien plastique pour une éventuelle greffe nerveuse.

Dans un rapport du 10 octobre 2018, le Dr W._____, médecin associé au Service de chirurgie plastique du Département de l'appareil locomoteur du H._____, a noté que la récupération spontanée actuelle à M4+ du nerf péronier droit enlevait toute indication à une chirurgie nerveuse par greffe. D'après lui, cette récupération naturelle serait perdue, les meilleurs résultats de greffe haute du sciatique produisant au mieux du M3 au niveau de la cheville. Le Dr W._____ a estimé qu'il n'y avait pas non plus de meilleur résultat moteur à espérer d'une neurolyse. Dès lors, la situation devait être jugée stable et définitive s'agissant du handicap actuel au niveau du membre inférieur droit.

Par rapport du 21 novembre 2018 à J._____, le Dr Z._____ a constaté que l'état de santé de son patient présentait peu d'amélioration, notamment au niveau neurologique s'agissant du membre inférieur droit. Les limitations fonctionnelles consistaient en un manque de force des deux membres inférieurs essentiellement au niveau des abducteurs de la hanche droite, occasionnant une boiterie d'insuffisance et forçant le patient à marcher au moins avec une canne. Selon le médecin précité, l'assuré garderait certainement une altération évidente et durable mais il était impossible de savoir en l'état si celle-ci subsisterait avec la même gravité ou si elle diminuerait au fil du temps. Le traitement consistait en de la physiothérapie, essentiellement à but de renforcement

musculaire, et les consultations au H._____ avaient lieu tous les deux à trois mois. L'incapacité de travail était totale depuis le jour de l'accident et aucune reprise du travail n'était prévue.

Le 28 mars 2019, répondant brièvement aux questions posées par J._____, le Dr G._____ a indiqué que l'état de son patient depuis son dernier rapport était stationnaire, puisqu'il n'avait pas revu celui-ci du 5 mars 2018 au 25 février 2019. D'après lui, l'incapacité (*recte* : la capacité) de travail de l'assuré était nulle et on ne pouvait compter avec une reprise de travail à temps complet.

D'après le rapport établi le 10 avril 2019 par le Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du H._____, la radiographie du fémur gauche réalisée le 11 février 2019 révélait une globale stabilité de la consolidation partielle de la fracture de l'extrémité distale du fémur gauche, une absence de déplacement secondaire, un matériel d'ostéosynthèse en place, sans complication, hormis la persistance d'un fragment de vis cassé dans sa portion crâniale, ainsi qu'une absence d'anomalie des parties molles, notamment la disparition de l'épanchement articulaire du genou.

Par projet de décision du 12 juin 2019, l'OAI a indiqué qu'il entendait octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2017 au 31 janvier 2019, dès lors que l'état de santé de celui-ci s'était amélioré au mois d'octobre 2018.

J._____ a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre R._____ (ci-après : R._____), à [...], où l'assuré a été examiné le 14 mars 2019 par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 27 mars 2019 par le Dr V._____, spécialiste en neurologie, le 4 juin 2019 par le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le 12 juin 2019 par le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans le rapport d'expertise du 16 août 2019, les experts ont posé les diagnostics de fracture comminutive ouverte du fémur distal

gauche, d'arrachement de l'insertion osseuse du ligament croisé postérieur gauche, de fracture de l'olécrâne gauche, de luxation de la hanche droite avec fracture du cotyle, de fracture du plateau tibial droit, de lésion proximale du tronc du nerf sciatique prédominant très nettement sur les fibres destinées du nerf fibulaire/péronier, avec une probable atteinte initiale concernant également le nerf gluteus supérieur droit, ceci sur très vraisemblable distension du nerf sciatique à la hauteur du bassin, ainsi que de persistance d'une atteinte modérée à moyennement importante des fibres du tronc du nerf sciatique à destinée du nerf fibulaire/péronier droit sans participation cliniquement significative des fibres à destinée du nerf tibial. Aucun diagnostic psychiatrique n'a toutefois été retenu. Les experts ont indiqué que les diagnostics précités étaient en lien de causalité certaine avec l'accident du 26 août 2016. La capacité de travail de l'assuré dans son activité de [...] était définitivement nulle et l'état de santé de ce dernier pouvait être considéré comme stabilisé. Les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles moteurs des muscles fessiers droits, des douleurs au genou gauche à la charge, des troubles sensitivo-moteurs, mais surtout moteurs, et des douleurs au niveau lombaire, du bassin et du membre inférieur droit. Les experts ont encore retenu qu'une activité professionnelle en position assise (ou en alternant les positions assis-debout selon le Dr T. _____), avec des déplacements à pied limités à environ quinze minutes sur un sol stable était exigible avec un taux de présence de 100 % et un rendement de 100 %. S'agissant enfin de l'atteinte à l'intégrité, le Dr X. _____ a retenu que l'atteinte était essentiellement neurologique. Sur le plan orthopédique pur, il n'existait pas ou peu de limitation des amplitudes articulaires ; le développement ultérieur d'une coxarthrose droite et d'une gonarthrose gauche était possible, voire probable, mais impossible à prévoir en quantité et dans le temps. De telles atteintes justifieraient un taux d'atteinte à l'intégrité de deux fois 30 à 40 %. Le Dr V. _____ a quant à lui estimé que, sur le plan neurologique, l'atteinte partielle du nerf fessier ainsi que l'atteinte partielle du tronc du nerf sciatique à prédominance du nerf sciatique poplitée externe justifiaient globalement la reconnaissance d'une perte à l'intégrité de 20 %. Les experts ont motivé leur appréciation comme suit :

« SYNTHÈSE ET DISCUSSION

(...)

Pour l'instant, [l'expertisé] continue sa physiothérapie, il déclare ne plus faire de progrès depuis six mois environ.

Il se décrit très déprimé, avec important découragement, il a repris, semble-t-il, un suivi psychiatrique.

Il n'a bien évidemment pas repris son travail de [...], il marche avec une canne à droite pour soulager sa hanche qui flanche autrement.

Il conduit, mais très peu, car il a peur au volant. Actuellement, il est donc à domicile, s'occupant de sa fille, mais ne participant pas au ménage.

Il ne s'est pas encore projeté dans l'avenir, mais attend de l'AI des propositions pour une reconversion professionnelle.

Sur le plan neurologique, les examens cliniques et électrophysiologiques pratiqués par le Dr [...] puis le Dr P. _____ ont mis en évidence une atteinte du tronc du nerf sciatique avec possiblement également une atteinte du nerf gluteus supérieur droit d'évolution globalement relativement favorable, avec toutefois persistance d'un déficit sensitivo-moteur tout particulièrement dans le territoire du nerf fibulaire/péronier droit, sans changement bien significatif entre 2016 et 2018, de telle sorte que tant le Dr P. _____ que le Dr W. _____ (spécialiste des nerfs périphériques) ont considéré que l'atteinte était stabilisée. Le Dr W. _____ n'a pas retenu d'indication à une greffe nerveuse.

A plus de deux ans et demi de l'accident, la situation fonctionnelle est stabilisée, l'assuré ne prend pas de traitement antalgique, il poursuit la physiothérapie deux fois par semaine ainsi que des exercices personnels quotidiens.

Monsieur F. _____, âgé de [...] ans est sans antécédent notable sur le plan psychiatrique hormis un court suivi alors qu'il était âgé de 9-10 ans en raison de difficultés scolaires et probablement comportementales.

Sur le plan psychiatrique, il a été une première fois suivi entre mai 2017 et janvier 2018 par le Dr G. _____, pour une baisse de son moral et des difficultés adaptatives.

Il a repris récemment ce traitement à partir du début de l'année 2019, en lien avec à nouveau des difficultés adaptatives et des difficultés survenues à l'intérieur de son couple. Il s'agit d'une thérapie basée sur des entretiens, sans aucune médication, qui a lieu à une fréquence de deux fois par mois.

Il se trouve toujours en incapacité de travail totale, et s'estime comme étant incapable de reprendre son activité de [...], se disant dans l'attente d'une décision AI pour qu'enfin lui soit proposée une réadaptation sur le plan professionnel.

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan orthopédique, douleurs du genou gauche lorsqu'il le sollicite beaucoup.

Bascule du bassin à droite s'il ne tient pas une canne dans la main gauche.

Il a des douleurs permanentes pour lesquelles il ne prend plus de médicaments, beaucoup de difficultés à se mettre en route le matin, il doit trouver des positions pour dormir, il est inconfortable posé sur

la hanche droite et inconfortable posé sur le genou gauche, inconfortable en décubitus dorsal,

Le travail de [...] n'est certainement plus possible.

Sur le plan orthopédique pur, un travail en position assise avec quelques petits déplacements sur terrain plat pourrait très certainement être, à l'heure actuelle, effectué à 100%.

Sur le plan neurologique, outre les plaintes à caractère orthopédique mentionnées ci-dessus, Monsieur F. _____ signale des douleurs au niveau du coude gauche, sans trouble sensitivo-moteur associé, notamment dans le territoire du nerf ulnaire, des douleurs dorso-lombaires en barre, des douleurs au niveau de la hanche, du bassin droit et du genou gauche. Persistent en outre des troubles moteurs portant sur l'extension du pied et des orteils et l'éversion du pied à droite ainsi que des troubles sensitifs intéressants la face postérieure et externe de la cuisse, la face externe de la jambe et le pied droit dans son ensemble.

L'examen neurologique pratiqué dans le cadre du présent bilan révèle un sujet se déplaçant difficilement à l'aide d'une canne et avec une boiterie encore assez importante du membre inférieur droit. On note également en station debout et à la marche une parésie de l'extension du pied droit modérée. L'examen des paires crâniennes et des membres supérieurs est entièrement normal, si ce n'est que l'examen du coude gauche révèle un nerf ulnaire luxable, un peu sensible, avec présence d'un discret signe de Tinel à ce niveau, toutefois sans atteinte déficitaire dans le territoire du nerf ulnaire gauche. A l'examen des membres inférieurs, on note une amyotrophie de la fesse externe droite et de la loge antéro-externe droite ainsi que du court extenseur des orteils, une bonne préservation actuellement des réflexes tendineux, un déficit d'extension et d'éversion du pied droit, un déficit plus important d'extension des orteils droits et des troubles sensitifs intéressants la face postérieure et externe de la cuisse, la face antéro-externe de la jambe et le pied droits plus ou moins dans son ensemble. Les troubles sensitivo-moteurs sont actuellement essentiellement localisés dans le territoire du nerf fibulaire/péronier, l'évolution étant clairement favorable pour ce qui est du nerf tibial. Compte tenu des éléments à disposition, il apparaît que Monsieur F. _____ a effectivement présenté une atteinte du tronc du nerf sciatique et possiblement du nerf gluteus supérieur droit sur une vraisemblable distension du nerf sciatique proximal à la hauteur du bassin.

Sur le plan thérapeutique, l'ensemble des mesures potentiellement envisageables a été pris et il n'y a lieu actuellement que de continuer encore quelque temps le traitement de physiothérapie à but d'entretien, la situation étant vraisemblablement stabilisée deux ans après l'événement traumatique. Comme l'a mentionné le Dr W. _____, il n'y a pas d'indication à une greffe nerveuse. Il ne semble pas non plus envisageable de prescrire des moyens auxiliaires comme une attelle de Heidelberg ou un transfert tendineux étant donné la récupération fonctionnelle suffisante sur le plan strictement neurologique.

Sur le plan de la capacité de travail, le neurologue confirme l'impossibilité de reprendre l'activité de [...] au vu de l'engagement physique et des déplacements que cette dernière nécessite. Par contre, sur le plan neurologique également, un travail en position assise avec quelques petits déplacements sur terrain plat est

exigible dès la présente expertise, à plein temps, avec un rendement pouvant atteindre 100%.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, l'assuré est gêné par le genou gauche et par la hanche droite. Il n'a aucune gêne au niveau des membres supérieurs ni aucune gêne significative au niveau du rachis. L'examen clinique montre un sujet volontaire, semblant plein de ressources, mais dans l'attente de pouvoir entamer une démarche de reclassement professionnel. En effet, il réalise que son activité antérieure n'est plus possible, ce que la présente expertise confirme, et il regrette de n'avoir pas mis à profit ses jeunes années pour effectuer une formation qualifiante, comptant par le passé sur ses bras et ses jambes pour gagner sa vie et faire vivre sa famille. Sur le plan fonctionnel, l'assuré marche avec une canne du côté gauche, justifiée par une boiterie de Trendelenburg par insuffisance des stabilisateurs du bassin à droite d'origine neurogène. La gêne fonctionnelle au niveau de la hanche droite et du genou gauche (indice fonctionnel de Lequesne à 12 pour ces deux articulations attestant d'un handicap notable) est justifiée par les lésions qu'il a présentées. La prise en charge thérapeutique a été parfaitement adéquate, la phase de rééducation à la S. _____ doit être poursuivie par la phase de réadaptation et de réinsertion, ces deux phases n'ayant pas été jusqu'alors entamées. Aucun obstacle d'aucune sorte ne s'oppose à la mise en place de ces mesures de réadaptation et de réinsertion qui sont indispensables. L'assuré ne peut plus effectuer son activité antérieure, mais il peut parfaitement retrouver une capacité de travail à 100% sans diminution de rendement dans une activité plus sédentaire. Il n'y a aucun problème de cohérence, aucune majoration. Son état est stabilisé, la rééducation fonctionnelle doit s'effacer progressivement au profit des mesures de réadaptation et de réinsertion qui peuvent être débutées dès maintenant.

Sur le plan psychiatrique, la présente évaluation a mis en évidence des symptômes évocateurs d'un état de stress post-traumatique, un diagnostic qui finalement n'a pas été retenu.

En effet, sont décrites avant tout des intrusions de surcroît d'apparition tardive, sous la forme de réminiscences-réviviscences uniquement activées par des stimuli externes (la conduite). Si Monsieur F. _____ décrit la présence d'une appréhension à la conduite (il se dit plus tendu et sur le qui-vive) il n'y a toutefois pas d'évitement franc de cette activité puisqu'il conduit quotidiennement. Il n'y a pas de cauchemars en lien avec l'accident.

On ne retrouve donc pas l'ensemble des critères pour retenir un état de stress post-traumatique franc et dans l'ensemble la symptomatologie recueillie reste légère et peu handicapante.

Sur le plan de l'humeur, les éléments dysphoriques sont présents, mais ne dominent actuellement pas le tableau. Ils entrent dans des difficultés adaptatives et dans une sensation d'usure liée à la longue évolution.

L'humeur constatée n'est pas à dominante encore moins stablement dépressive, il n'y a pas de ralentissement constaté, ni de culpabilité, ou d'anhédonie, ni de troubles cognitifs objectivés.

En ce qui concerne l'anxiété, il y a des ruminations interrogatives et inquiètes sans crise anxieuse décrite, qui peuvent être considérées comme étant normales compte tenu du contexte dans lequel se trouve l'expertisé actuellement.

Enfin il n'y a pas de trouble de la personnalité mis en évidence.

En ce qui concerne le traitement spécialisé tel qu'il est décrit, avec une prise en charge avant tout psychothérapeutique, il paraît dans son ensemble adéquat, celui-ci s'est révélé plutôt efficace compte tenu de l'état constaté. Un des aspects centraux de la thérapie future sera de l'accompagner dans la reprise/réadaptation professionnelle, car l'expertisé a été exposé à un long processus de déshabituaiton.

Le pronostic est plus corrélé aux aspects somatiques et non médicaux (à savoir sa capacité à se réintégrer dans le tissu professionnel).

Appréciation des limitations fonctionnelles et professionnelles

Au terme de son évaluation, l'expert n'a pas retenu de diagnostic sur le plan psychique.

Sur le plan de l'évaluation fonctionnelle, l'expertisé arrive à faire face aux exigences de la vie quotidienne, il n'y a pas d'atteinte significative touchant le fonctionnement cognitif, sa capacité de jugement ou à s'organiser sont préservés. Monsieur F._____ conserve un niveau satisfaisant de contrôle des affects et des pulsions. Il n'existe pas de perturbation dans la relation à autrui. Enfin il n'a pas été mis en évidence de trouble de la personnalité.

Au vu de tous ces éléments, le soussigné considère qu'il n'y a pas de justification à retenir une incapacité de travail. Aucun obstacle ne s'oppose donc à la mise en place immédiate de mesures de réadaptation et de réinsertion. »

Par décision du 4 décembre 2019, J._____ a estimé que l'exercice d'une activité de substitution à 100 % était exigible, sans perte de gain, moyennant un délai d'adaptation de trois mois. Elle a donc mis un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 29 février 2020, tout en indiquant poursuivre la prise en charge des frais de traitements tant et aussi longtemps que le traitement médical permettrait une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré.

Le 6 janvier 2020, l'assuré, désormais représenté par Me Yann Oppliger, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Pour l'essentiel, il a soutenu qu'il n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle purement sédentaire en position assise à 100 %. Il a en outre relevé qu'il ne disposait d'aucune formation professionnelle, de sorte qu'il devait pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle. L'intéressé s'est référé à un rapport établi le 2 décembre 2019 à son conseil, par lequel le Dr Z._____ a indiqué qu'il n'existait aucune contradiction dans ses différents rapports adressés à l'OAI entre 2017 et octobre 2019 car il n'y avait jamais spécifié que son patient pouvait

effectuer une activité adaptée à 100 % ; il avait simplement noté que celui-ci disposait d'une certaine capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire en position assise avec possibilité de réaliser des pauses à intervalle régulier pour se lever, ainsi qu'une assise confortable car le patient ne pouvait pas rester assis sur des périodes prolongées. Le médecin spécialiste traitant a notamment joint à ce rapport les pièces suivantes :

- un rapport du 14 juillet 2017 à l'OAI, par lequel il a indiqué que, dans une activité strictement adaptée à son atteinte à la santé, qui devrait être *a priori* uniquement assise puisque le patient se déplaçait encore avec des béquilles en boitant, la capacité de travail pouvait avoisiner les 80 % avec un rendement cependant inférieur. En effet, selon lui, le patient ne serait pas apte à un rendement à 100 % car la position assise lui occasionnerait des douleurs surtout au niveau du membre inférieur gauche, lesquelles nécessiteraient des pauses régulières pour se lever, se dégourdir les jambes et bouger ;

- un rapport du 4 octobre 2018 à l'OAI, dans lequel il a observé que l'évolution au niveau de la hanche droite respectivement des lésions neurologiques du membre inférieur droit était stationnaire et que l'évolution était plutôt favorable en ce qui concernait le membre inférieur gauche. Il a noté la présence d'une mobilité articulaire passive quasi complète mais active limitée en raison d'un manque de force surtout au niveau des abducteurs de la hanche droite, une fonction complète avec une gêne modérée en raison du matériel d'ostéosynthèse au niveau du genou droit, une diminution de la gêne liée au matériel d'ostéosynthèse, des amplitudes articulaires en progression et une absence de laxité ligamentaire franche au niveau du genou gauche, ainsi que la persistance d'une consolidation seulement partielle de la fracture au niveau du fémur distal gauche. Le Dr Z. _____ a ajouté que le bilan électrophysiologique parlait en faveur d'une lésion haute du nerf sciatique droit à prédominance des fibres du nerf péronier commun droit. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a expliqué que le patient ne pouvait pas marcher sans utiliser de cannes du côté opposé à la lésion neurologique en raison de la

présence d'un Trendelenburg dû à une faiblesse des abducteurs de la hanche droite et ne pouvait donc certainement pas réaliser de port de charges à part celles qu'il arrivait à porter avec une main. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et il était trop tôt pour se prononcer sur la possibilité d'une reprise de cette activité. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était réalisable, soit une activité purement sédentaire en position assise mais avec possibilité de réaliser des pauses à intervalles réguliers pour se lever, ainsi qu'une assise la plus confortable possible car le patient ne pouvait pas rester assis sur des périodes prolongées, cette position lui procurant des douleurs dans la fesse droite l'obligeant à se relever à intervalles réguliers.

Par courrier du 19 février 2020, l'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail avec effet au 30 avril 2020.

Aux termes d'un rapport du 11 mars 2020 à J._____, le Dr Z._____ a indiqué avoir procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du fémur distal gauche et du tibia proximal droit le 31 janvier 2020 ; l'évolution était depuis favorable, avec une cicatrisation complète des plaies, le patient étant capable de réaliser des activités en physiothérapie de plus en plus intenses. Il a préconisé la poursuite de la physiothérapie de reconditionnement physique, ajoutant que l'assuré souffrait également de séquelles au niveau de sa hanche droite, dont il ne récupérerait plus jamais la fonction complète, et risquait de développer une arthrose post-traumatique à la hanche droite, de même qu'au genou gauche. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident, une reprise du travail devant être évaluée lors du prochain contrôle. Il a joint à son rapport le protocole opératoire du 6 février 2020 et un rapport adressé au médecin traitant de l'intéressé le 25 février 2020, dont il ressort notamment que l'assuré a été hospitalisé du 31 janvier au 1^{er} février 2020.

Par courrier électronique du 25 mars 2020 à Me Oppliger, J._____ a exposé que, compte tenu de l'intervention chirurgicale du 31 janvier 2020, elle confirmait poursuivre le versement des indemnités

journalières au-delà du 29 février 2020. Elle a indiqué qu'elle allait mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du R. _____ afin de se déterminer sur la poursuite de la prise en charge, la procédure d'opposition étant suspendue dans l'intervalle.

Aux termes d'un courrier du 31 mars 2020, J. _____ a adressé aux experts du R. _____ plusieurs questions auxquelles ceux-ci étaient priés de répondre.

Le 20 avril 2020, l'assuré, par son conseil, a soumis à J. _____ deux questions ayant trait à sa santé psychique dont il souhaitait une réponse des experts du R. _____, lesquelles ont été transmises à ces derniers.

Dans un complément d'expertise du 20 mai 2020, les experts du R. _____ ont répondu comme suit aux questions posées par J. _____ et par l'assuré :

« 1. Suite à l'intervention du 31 janvier 2020, pouvons-nous désormais considérer que le cas est stabilisé du point de vue orthopédique et neurologique ou la poursuite d'un traitement médical est-il encore de nature à améliorer significativement la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée ?

Sur le plan orthopédique, durant la période postopératoire du 31.01.2020, on peut concevoir une incapacité de travail dans toute activité pour une période qui ne devrait pas dépasser deux mois, avec un retour à la situation d'avant l'opération précitée à ce délai.

Sur le plan neurologique, le cas est stabilisé au terme d'une période de 2 ans après l'évènement traumatique. A moins d'une complication de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse pratiquée préalablement, il n'y a pas lieu d'envisager des mesures thérapeutiques additionnelles. La physiothérapie devrait pouvoir être interrompue.

2. Si le cas est stabilisé, quel est le taux d'indemnité global pour l'atteinte à l'intégrité en lien avec les séquelles orthopédiques et neurologiques de l'accident du 26 août 2016 ?

Sur le plan orthopédique, rien de nouveau depuis l'évaluation notée dans le rapport du 16.08.2019.

Finalement assez peu de limitations orthopédiques actuellement, le risque d'aggravation est non négligeable, mais impossible à fixer dans le temps et en quantité.

Maintenant, si vous voulez absolument une évaluation actuelle d'un futur hypothétique, il faut prévoir le pire, à savoir coxarthrose droite sévère soit 30 à 40 % et gonarthrose gauche sévère, soit 30 à 40 %.

Il est, encore une fois, difficile de savoir si et quand cette aggravation interviendra. Si on rajoute l'atteinte neurologique, évaluée dans l'expertise à 20 %, on atteindrait au total 80 à 100 %, ce qui est totalement hors proportion. (Pour rappel, la perte d'un membre supérieur ou inférieur dans son entier « vaut » 50 %).

Sur le plan neurologique, je rappelle qu'il a été retenu, au terme de l'expertise préalable, la reconnaissance d'une perte à l'intégrité de 20 % pour les seuls éléments neurologiques. Il n'y a pas de raison de s'écarter actuellement de cette appréciation.

3. Les suites de l'intervention du 31 janvier 2020 modifient-elles votre appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée, telle que définie dans votre précédent rapport d'expertise du 16 août 2019 ? Si oui, dans quelle mesure et pour quels motifs ? Si non, quelles sont les raisons motivées vous permettant de vous écarter de l'appréciation formulée par le Dr Z. _____ dans ses rapports du 2 décembre 2019 (...) et du 14 juillet 2019 [recte : 2017] (...) ?

Sur le plan orthopédique, non, sauf pour les deux mois consécutifs à l'intervention.

Nous pensons que la position principalement assise, mais avec de petits déplacements sans charge, sur sols réguliers et sans escalier, doit pouvoir permettre une activité à 100 % sans perte de rendement. Toute la question est la possibilité de trouver un poste de travail respectant ces contraintes, alors que l'expertisé n'a aucune formation professionnelle.

La J. _____ évoque l'activité de téléphoniste, mais il serait alors assis en permanence, ce qui n'est pas indiqué, et nous sommes en cela d'accord avec le Dr Z. _____.

Dans ce cas, il faudrait effectivement admettre un rendement diminué de l'ordre de 20 %, les changements de position étant nécessaires.

Sur le plan neurologique, la situation reste inchangée par rapport à l'appréciation portée au terme de l'expertise du 16.08.2019.

(...)

4. M. F. _____ présente-t-il une atteinte à la santé psychique des suites des événements du 26 août 2016 ?

Sur le plan psychique, non, l'expertisé ne présentait pas (ou plus) au moment de son évaluation d'atteinte à sa santé psychique selon les critères de l'ICD-10.

Comme cité, il y avait des symptômes évocateurs d'un état de stress post-traumatique, un diagnostic qui finalement n'a pas été retenu, car on ne retrouvait pas l'ensemble des critères pour cela. Sur le plan de l'humeur, les éléments dysphoriques sont présents, mais la thymie constatée n'était pas à dominante, encore stablement, dépressive, il n'y a pas de ralentissement constaté, ni de culpabilité ou d'anhédonie, ni de troubles cognitifs objectivés. En ce qui concerne l'anxiété, il y a des ruminations interrogatives et inquiètes sans crise anxieuse décrite, qui peuvent être considérées comme

étant normales compte tenu du contexte dans lequel se trouvait Monsieur F._____.

Il n'y a aucun nouvel élément fourni depuis l'expertise du mois d'août 2019 qui justifierait de modifier cette appréciation.

5. Dans l'affirmative, cette atteinte engendre-t-elle une incapacité de travail pour M. F._____?

Sur le plan psychique, il n'a pas été retenu de diagnostic sur le plan psychique. Il n'y avait donc pas de justification pour retenir une quelconque incapacité de travail dans ce domaine, l'expertisé étant également à même de suivre une réadaptation professionnelle, si celle-ci s'avère nécessaire. »

Par courrier du 7 juillet 2020, J._____ a requis du R._____ qu'il chiffre l'atteinte à l'intégrité globale découlant de l'accident de la voie publique du 26 août 2016.

Le 20 juillet 2020, le Dr X._____ a indiqué que le taux d'atteinte à l'intégrité était de 0 % sur le plan orthopédique, puisqu'il n'existait pour l'instant peu ou pas de limitation des amplitudes articulaires. Il n'y avait pas non plus d'atteinte à l'intégrité sur le plan psychique. Sur le plan neurologique en revanche, il avait été retenu, au terme de l'expertise préalable, la reconnaissance d'une perte à l'intégrité de 20 %. Au total, l'atteinte à l'intégrité se montait donc à 20 %.

Par courrier électronique du 24 août 2020 à J._____, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué que le salaire annuel auquel aurait eu droit l'assuré dans son activité de [...] pour l'année 2020 se serait élevé à 57'200 francs.

Par décision du 9 septembre 2020, J._____ a indiqué que le droit au traitement médical et aux indemnités journalières prendrait fin au 30 septembre 2020, compte tenu de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. Elle a en outre refusé le droit à une rente d'invalidité transitoire et ordinaire, considérant que l'assuré conservait une capacité de travail de 100 % dans toute activité principalement assise, avec de petits déplacements sans charge, sur sols réguliers et sans escalier. Comparant le revenu de valide de 57'200 fr. au revenu d'invalidité de 57'243 fr. 30 (tenant compte de 5 % d'abattement en raison des limitations

fonctionnelles), elle a en effet constaté qu'il n'en découlait pas de perte de gain indemnisable. Elle a pour le surplus accordé à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 20 %, soit une somme de 29'640 francs.

Le 12 octobre 2020, l'assuré, agissant toujours par son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a fait valoir que les experts avaient omis de tenir compte d'une atteinte à l'intégrité psychique dont il souffrait, laquelle avait été attestée par le Dr G._____, qui avait expressément retenu une incapacité de travail totale. Il a donc requis que la décision litigieuse soit annulée et qu'une nouvelle décision soit rendue, se fondant sur une atteinte à l'intégrité de 100 %, « avec ce que cela implique sur le droit au traitement médical, aux indemnités journalières et à une rente invalidité, et à l'indemnisation pour atteinte à l'intégrité ».

Par projet de décision du 1^{er} mars 2021, annulant et remplaçant le projet de décision du 12 juin 2019, l'OAI a indiqué qu'il entendait octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2017 au 31 janvier 2019, puis du 1^{er} janvier au 30 juin 2020. Il a considéré que, dès le 31 janvier 2020, l'assuré avait subi une nouvelle incapacité de travail totale dans toute activité et que, depuis le 1^{er} avril 2020, il était à nouveau apte à exercer une activité adaptée. Une rente d'invalidité devait donc à nouveau être versée dès le 1^{er} janvier 2020 et jusqu'au 30 juin suivant, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail.

Par décision sur opposition du 19 avril 2021, J._____, par son Service juridique prestations, a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Pour l'essentiel, elle a exposé que l'assuré confondait visiblement la notion d'invalidité avec celle d'atteinte à l'intégrité et qu'à la lecture de l'écriture du 12 octobre 2020, elle comprenait cependant que la question litigieuse était celle de savoir si l'opposant présentait des troubles psychiques ayant, d'une part, une répercussion sur sa capacité résiduelle de gain et, partant, son degré d'invalidité, et justifiant, d'autre part, l'octroi d'une indemnité supplémentaire pour atteinte à l'intégrité. A cet égard, elle a

retenu, au vu des éléments au dossier, qu'en l'absence de diagnostic psychiatrique ayant valeur de maladie au sens de la CIM-10, la question du lien de causalité naturelle avec l'accident du 26 août 2016 - nécessaire au droit à la prestation par l'assureur-accident - ne se posait pas. Par surabondance de droit, elle a relevé que l'existence d'un lien de causalité adéquate avec l'accident devrait de toute façon être niée, même s'il fallait admettre l'existence de troubles psychiques en lien de causalité naturelle avec l'accident, au vu des critères établis par la jurisprudence en cas d'accident de gravité moyenne au sens strict.

B. Par acte du 20 mai 2021, F._____, sous la plume de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée. Il a conclu principalement à la réforme de la décision sur opposition litigieuse, en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est octroyée, plus subsidiairement que le versement des indemnités journalières et que la prise en charge des traitements médicaux sont repris, et qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 à 60 % lui est allouée. Il a également conclu subsidiairement à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre afin d'évaluer son état de santé et que la cause soit renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens de l'arrêt à intervenir. En substance, le recourant fait valoir que la décision entreprise ne mentionne pas pour quelle raison elle s'écarte des rapports des médecins traitants, en particulier des Drs Z._____ et G._____, qui s'opposent pourtant aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, ce qui constituerait une violation de son droit d'être entendu et de l'interdiction de l'arbitraire. Il se réfère en outre à un rapport établi le 29 janvier 2021 par le Dr G._____ et Mme K._____, psychologue, à l'intention de l'OAI, pour soutenir que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne dépasserait pas 20 %, de sorte qu'il aurait droit à une rente d'invalidité, subsidiairement que son état de santé ne peut être considéré comme stabilisé et qu'il aurait droit à des indemnités journalières et à la prise en charge de son traitement. Il allègue en outre que la causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident est établie, au vu du caractère grave de ce dernier. Enfin, le recourant invoque qu'une IPAI de 40 à 60 % devrait lui être allouée,

compte tenu de l'importance de ses troubles psychiques, qui justifieraient 25 à 30 % d'IPAI à eux seuls selon la table 19 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), et de ses troubles somatiques.

Pour étayer ses dires, le recourant a produit le rapport du 29 janvier 2021 précité, dont il ressort que le Dr G._____ et Mme K._____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.3). Ils ont en particulier relevé que l'état de santé de leur patient s'était fortement détérioré, celui-ci étant très déprimé, anxieux par rapport à son avenir, irritable, avec de plus en plus de difficulté à gérer sa colère, des troubles du sommeil et des pensées d'auto-agression et d'hétéro-agression, non scénarisées et sans volonté de passage à l'acte. Les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés dans la gestion des émotions, notamment au niveau de la gestion du stress et des émotions négatives, telles que la colère, la frustration et les angoisses ; le patient avait tendance à l'impulsivité et subissait une perte de confiance et d'estime de soi au niveau de ses capacités et de ses compétences professionnelles, suites aux nombreuses opérations et à la longueur des périodes de convalescence ; il ressentait également des difficultés relationnelles. L'intéressé était tout de même capable de s'occuper du ménage et de sa fille, entraînait des adolescents au basketball deux fois par semaine et il n'existait pas de répercussion psychologique sur ces activités du quotidien. Le Dr G._____ et Mme K._____ ont indiqué que l'assuré n'était pas médiqué, le traitement consistant en une psychothérapie à raison de deux à quatre séances par mois. Ils ont évalué à 100 % l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et recommandé une reprise progressive dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en commençant par un 20 %, ce dont il était capable depuis le 1^{er} janvier 2021. Le pronostic de réinsertion était bon, pour autant que les limitations du patient soient prises en considération.

Par réponse du 16 juin 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. S'agissant du nouveau rapport établi le 29 janvier 2021 par le Dr G. _____ et Mme K. _____, elle relève que le recourant ne bénéficie d'aucun traitement médicamenteux, qu'il reste en mesure de gérer son quotidien de manière autonome, de s'occuper de sa fille et qu'il entraîne des adolescents au basketball deux fois par semaine. Partant, elle doute qu'un tel tableau soit compatible avec une affection psychique invalidante selon la jurisprudence. Quoi qu'il en soit, l'intimée allègue que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 26 août 2016 doit de toute manière être niée, de sorte qu'elle n'a pas à tenir compte de ces atteintes.

Par ordonnance du 5 juillet 2021, la juge instructrice a refusé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire dans le cadre du présent procès.

Le 27 octobre 2021, le recourant a déclaré renoncer à déposer une réplique.

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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, subsidiairement à la reprise du paiement des indemnités journalières et du traitement médical, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 20 %.

b) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

3. Dans un grief formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu et de l'interdiction de l'arbitraire en tant que la décision attaquée serait insuffisamment motivée. Selon lui, l'intimée aurait en effet omis d'exposer les raisons pour lesquelles elle s'écartait des rapports de ses médecins traitants, qui s'opposaient pourtant aux conclusions des experts du R._____.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière que la personne concernée

puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, la motivation de la décision sur opposition du 19 avril 2021 permet aisément de comprendre quels éléments ont été retenus par l'intimée et pourquoi ils l'ont été. J._____ a ainsi considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 septembre 2020 et que celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé qu'aucune atteinte psychiatrique invalidante n'avait été retenue. Elle s'est basée pour ce faire sur les conclusions de l'expertise du R._____, laquelle avait pris en considération l'ensemble des rapports médicaux au dossier. L'intimée a conclu, aux termes d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité, qu'il n'en découlait aucune perte de gain indemnisable. Elle a en outre octroyé une IPAI de 20 % compte tenu des atteintes physiques de l'assuré, se basant à nouveau sur l'appréciation des experts du R._____. Les griefs développés par le recourant dans son opposition du 12 octobre 2020 à l'encontre de la décision du 9 septembre 2020 - au demeurant déjà bien étayée - ont été examinés par l'intimée dans sa décision sur opposition avant d'être rejetés. L'intéressé a manifestement compris ces motifs comme en témoignent les moyens qu'il a élevés à l'encontre de la décision sur opposition litigieuse. En définitive le grief de violation du droit

d'être entendu est infondé. Il se confond pour le surplus avec ceux de constatation inexacte des faits pertinents et de mauvaise application du droit qui seront examinés avec le fond du litige.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

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. 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) :

- 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_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

Par ailleurs, il est admis de laisser ouverte la question de la causalité naturelle d'éventuels troubles psychiques dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1 ; 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C_567/2021 du 1^{er} décembre 2021 consid. 3.1).

5. a) Parmi les prestations allouées en cas d'accident figure notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

En outre, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

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 la personne assurée - 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_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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 (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).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

L'art. 25 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, dite indemnité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'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). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (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 ; 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1).

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).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012

du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

8. En l'espèce, par décision sur opposition du 19 avril 2021, J._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa décision du 9 septembre 2020, par laquelle elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2020 et refusait l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. J._____ estime en effet que l'état de santé du recourant est stabilisé et qu'il est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée, soit toute activité principalement assise, avec de petits déplacements sans charge, sur sols réguliers et sans escalier, se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du R._____ du 16 août 2019 et son complément du 20 mai 2020.

Le recourant soutient quant à lui qu'il est incapable de travailler à plus de 20 % dans une activité adaptée. Il reproche à l'intimée d'avoir négligé de prendre en compte les rapports des Drs Z._____ et G._____, lesquels remettraient en cause les conclusions de l'expertise susmentionnée.

a) Il convient en premier lieu de se pencher sur la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire rendue le 16 août 2019 par le R._____ et complétée les 20 mai et 20 juillet 2020.

On relèvera tout d'abord que cette expertise, comportant un volet en orthopédie, en neurologie, en psychiatrie et en médecine physique et réadaptation, est détaillée et motivée, que ses conclusions sont claires et étayées, qu'elle tient compte des plaintes et décrit l'anamnèse du recourant et qu'elle a été établie à l'issue d'examen cliniques, puis d'un consilium, et en connaissance du dossier. Elle satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

aa) Sur le plan somatique, les experts ont posé les diagnostics de fracture comminutive ouverte du fémur distal gauche, d'arrachement de l'insertion osseuse du ligament croisé postérieur gauche, de fracture de l'olécrâne gauche, de luxation de la hanche droite avec fracture du cotyle, de fracture du plateau tibial droit, de lésion proximale du tronc du nerf sciatique prédominant très nettement sur les fibres destinées du nerf fibulaire/péronier, avec une probable atteinte initiale concernant également le nerf gluteus supérieur droit, ceci sur très vraisemblable distension du nerf sciatique à la hauteur du bassin, ainsi que de persistance d'une atteinte modérée à moyennement importante des fibres du tronc du nerf sciatique à destinée du nerf fibulaire/péronier droit sans participation cliniquement significative des fibres à destinée du nerf tibial. Ils ont considéré, au vu de l'examen clinique et des pièces médicales au dossier, que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, aucune nouvelle intervention n'étant susceptible d'améliorer l'état de santé de l'intéressé, seule la physiothérapie à but d'entretien étant encore indiquée (cf. rapport d'expertise, p. 29). D'après les experts, les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles moteurs des muscles fessiers droits, des douleurs au genou gauche à la charge, des troubles sensitivo-moteurs, mais surtout moteurs, et des douleurs au niveau lombaire, du bassin et du membre inférieur droit. Le recourant était selon eux incapable de reprendre son activité de [...], mais une activité professionnelle principalement en position assise, avec des déplacements à pied limités à environ quinze minutes sur un sol stable, sans escalier et sans charge, était exigible avec un taux de présence de 100 % et un rendement de 100 % (cf. notamment complément d'expertise du 20 mai 2020).

Cette expertise n'est pas remise en cause par les pièces médicales au dossier, lesquelles la corroborent au contraire. Les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus sont en particulier superposables à ceux notés par les médecins traitants, dont l'avis a dûment été pris en considération par les experts.

En ce qui concerne l'allégation du recourant selon laquelle l'appréciation du Dr Z. _____ contredirait les conclusions de l'expertise, elle ne saurait être suivie. S'il est vrai que, dans son rapport du 2 décembre 2019, le médecin susmentionné a relevé n'avoir jamais spécifié que son patient pouvait effectuer une activité adaptée à 100 % dans ses différents rapports adressés à l'OAI, il est néanmoins établi que celui-ci estimait dans son rapport du 4 octobre 2018 que son patient disposait d'une certaine capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire en position assise avec possibilité de réaliser des pauses à intervalle régulier pour se lever, ainsi qu'une assise confortable car le patient ne pouvait pas rester assis sur des périodes prolongées. On relèvera que la description de l'activité adaptée du médecin spécialiste traitant correspond à celle retenue par les experts. A cela s'ajoute que le Dr Z. _____ n'étaye pas objectivement pour quelle raison la capacité de travail de son patient dans une telle activité adaptée ne serait pas entière, si bien que son rapport ne permet pas d'invalider les conclusions des experts. Le rapport du 14 juillet 2017 établi par ce médecin à l'intention de l'OAI ne permet pas non plus de mettre en doute l'appréciation des experts. Par ce rapport, celui-ci a indiqué que la capacité de travail de l'intéressé s'élevait à 80 % dans une activité adaptée, laquelle devait être uniquement assise puisque le patient se déplaçait encore avec des béquilles en boitant ; le rendement ne serait quant à lui pas de 100 %, car l'assuré avait besoin de pauses régulières pour se lever, se dégourdir les jambes et bouger. Outre que ce rapport date de 2017 et qu'il concerne ainsi une période durant laquelle l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et les douleurs et limitations plus importantes, il convient de constater que l'activité adaptée proposée par les experts consiste justement en une activité principalement assise mais permettant une alternance des positions assise et debout, afin précisément d'éviter que l'intéressé ne subisse des douleurs aux membres inférieurs.

Compte tenu de ces éléments, l'expertise du R. _____ sur le plan de la santé physique du recourant ne prête pas le flanc à la critique.

bb) Sur le plan psychiatrique, l'expert A._____ n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Il a en premier lieu résumé les plaintes du recourant, qui se disait très déprimé, avec un important découragement et une peur au volant ; l'intéressé avait bénéficié d'un suivi psychiatrique entre mai 2017 et janvier 2018 (*recte* : novembre 2017) et avait repris un suivi psychiatrique au début de l'année 2019 à raison de deux fois par mois, en lien avec des difficultés adaptatives et au sein de son couple. Selon l'expert, si les symptômes évoquaient un état de stress post-traumatique, un tel diagnostic n'était finalement pas retenu pour les raisons suivantes : il s'agissait d'intrusions d'apparition tardive, sous la forme de réminiscences-réviviscences uniquement activées par des stimuli externes, à savoir la conduite, mais il n'existait pas d'évitement franc de cette activité puisqu'il conduisait quotidiennement ; il n'existait pas non plus de cauchemar en lien avec l'accident. Le Dr A._____ a également écarté le diagnostic de trouble dépressif, constatant que les éléments dysphoriques étaient présents, mais ne dominaient pas le tableau ; ils entraient dans des difficultés adaptatives et dans une sensation d'usure liée à la longue évolution. L'humeur constatée n'était pas à dominante encore moins stablement dépressive, il n'y avait pas de ralentissement constaté, ni de culpabilité ou d'anhédonie ni de troubles cognitifs objectivés. S'agissant de l'anxiété, il existait des ruminations interrogatives et inquiètes sans crise anxieuse, qui pouvaient être considérées comme étant normales compte tenu du contexte. Enfin, l'expert psychiatre a relevé qu'aucun trouble de la personnalité n'avait été mis en évidence. Compte tenu de l'absence d'atteinte psychiatrique, il n'existait pas de justification à retenir une incapacité de travail.

L'appréciation du Dr A._____ n'est pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier, contrairement à ce que soutient le recourant. Les rapports des 12 septembre 2017, 5 mars 2018 et 28 mars 2019 du Dr G._____ posent certes le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique et font état d'une incapacité de travail totale tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée, ainsi que d'un mauvais pronostic. Ceux-ci sont toutefois extrêmement brefs et ne sont nullement étayés. Il est d'ailleurs particulièrement gênant de constater

que le psychiatre traitant, qui n'a pas revu son patient entre le 20 novembre 2017 et le 25 février 2019, sauf le 5 mars 2018 pour rédiger un rapport à l'intention de l'assureur-accidents, a tout de même attesté pour cette période un état de santé stationnaire et une incapacité de travail totale, et ce à deux reprises (cf. rapports des 5 mars 2018 et 28 mars 2019). A cela s'ajoute que, comme indiqué plus haut, le Dr A._____ a expliqué de manière détaillée et convaincante pourquoi il écartait le diagnostic de stress post-traumatique.

Quant au rapport établi le 29 janvier 2021 par le Dr G._____ et Mme K._____ produit dans le cadre du recours, il ne permet pas non plus de remettre en cause la fiabilité et la pertinence de l'expertise. Les diagnostics posés de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.3), sont en effet pour le moins douteux. On relèvera tout d'abord que le diagnostic de trouble dépressif récurrent apparaît pour la première fois dans ce rapport, le psychiatre traitant ne l'ayant pas mentionné auparavant ; or, un tel diagnostic nécessite par définition que le recourant ait vécu des épisodes dépressifs par le passé, ce qui n'est vraisemblablement pas le cas. A cela s'ajoute que, selon le rapport du 29 janvier 2021, aucune médication n'a été prescrite, le traitement consistant, comme lors de son précédent suivi en 2017, en des séances de psychothérapie deux à quatre fois par mois. De plus, le Dr G._____ et Mme K._____ relèvent que leur patient est tout de même capable de s'occuper de sa fille, qu'il entraîne deux fois par semaine des adolescents au basketball et que ses troubles psychiatriques n'ont pas d'incidence sur ces activités quotidiennes. Ce tableau est difficilement compatible avec l'état dépressif sévère diagnostiqué. Il en va de même du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, qui est mentionné également pour la première fois dans le rapport du 29 janvier 2021, alors qu'un tel trouble de la personnalité apparaît habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persiste pendant tout l'âge adulte (cf. CIM-10, F60). L'expert A._____ s'est d'ailleurs dûment penché sur le diagnostic de trouble dépressif et sur un éventuel trouble de la personnalité et les a expressément écartés. Enfin, le rapport du

29 janvier 2021 est contradictoire, en ce sens qu'il fait état d'une forte dégradation de l'état psychique du patient et atteste une incapacité de travail à 80 %, tandis que le Dr G._____ l'estimait à 100 % dans ses précédents rapports, ce qui laisse à penser que l'état de santé se serait en réalité amélioré.

Il y a finalement lieu de retenir que l'expertise du R._____ a pleine valeur probante et que le recourant ne présente pas d'atteinte invalidante sur le plan psychiatrique. Cela étant, et par surabondance, on relèvera que même dans l'éventualité où une telle atteinte existait, la relation de causalité adéquate entre celle-ci et l'événement accidentel devrait quoi qu'il en soit être niée, pour les raisons décrites ci-après.

Pour procéder à la classification des accidents selon leur gravité, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 3.1). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et les références citées).

La jurisprudence a régulièrement qualifié des collisions frontales comme étant de gravité moyenne au maximum à la moitié de cette catégorie (TF 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.1 avec les références citées). En particulier, selon le Tribunal fédéral, un accident de la circulation lors duquel un assuré, qui s'était engagé avec sa voiture à une vitesse de 80 km/h sur la voie de circulation opposée, avait percuté une première voiture arrivant en sens inverse, puis subi une collision frontale avec une seconde voiture, son véhicule ayant été projeté dans

une prairie voisine et les airbags s'étant déclenchés, devait être qualifié d'accident de gravité moyenne au sens strict (TF 8C_720/217 du 12 mars 2018 consid. 4.3). Ont été qualifiés d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves, une perte de maîtrise sur l'autoroute à la suite de l'éclatement d'un pneu alors que le véhicule roulait à 95 km/h et qu'il s'est immobilisé sur le toit (TFA U 161/01 du 25 février 2003), une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture (ATFA D. du 30 décembre 1998), ainsi qu'une collision frontale entre deux véhicules à laquelle a succédé un choc avec une troisième voiture, accident au cours duquel l'assuré a subi diverses blessures, dont la mère a eu des côtes fracturées et dont le père est décédé au cours d'une opération consécutive à l'accident (exemples cités dans l'arrêt TF U 307/06 du 14 février 2007 consid. 4.2). A été qualifiée de grave, une collision frontale lors de laquelle deux personnes ont été tuées et l'assuré grièvement blessé (TFA U 145/94 du 15 décembre 1994).

En l'occurrence, au vu de la jurisprudence précitée, l'accident de la voie publique subi le 26 août 2016 par le recourant, lors duquel celui-ci a subi une collision quasiment frontale à environ 80 km/h avec une autre voiture, l'arrière de son véhicule s'étant soulevé, ayant pivoté et s'étant immobilisé perpendiculairement à la chaussée et les secours ayant dû procéder à sa désincarcération, doit être qualifié de gravité moyenne au sens strict, à l'instar de ce qu'a retenu l'intimée. Le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que l'accident serait grave, les forces en présences n'étant pas suffisamment importantes.

Cela signifie qu'un cumul de trois critères sur les sept ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière est nécessaire pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique (cf. consid. 4c *supra*).

Les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa) s'apprécient d'un point de vue objectif ; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti

l'accident, singulièrement au sentiment de peur qui en résulte (TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.1 *in* SVR 2013 UV n° 3 p. 9 ; 8C_100/2011 du 1^{er} juin 2011 consid. 3.5.1 *in* SVR 2012 UV n° 2 p. 7). Il faut observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TFA U 287/97 du 20 novembre 1998 consid. 3b/cc, *in* RAMA 1999 n° U 335 p. 207 ss ; plus récemment 8C_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 4.4.1).

En l'espèce, le fait que l'assuré n'ait pas perdu connaissance durant l'accident, en gardant dès lors un souvenir clair, et qu'il a dû être désincarcéré de son véhicule durant une heure, confère certes à l'accident un certain caractère impressionnant, mais pas dans une mesure excédant notablement ce qui est inhérent à l'implication dans un accident de la circulation routière de gravité moyenne. Ce critère n'est ainsi pas réalisé.

Les multiples fractures subies par le recourant, majoritairement aux membres inférieurs et également au coude gauche, même si elles ont nécessité des interventions chirurgicales en urgence, n'ont pas mis sa vie en danger et ne sont pas des lésions physiques propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (ATF 140 V 356 consid. 5.5.1 et les références citées). Quand bien même le recourant subit des limitations à la marche (boiterie), le seuil de gravité qui pourrait justifier l'admission du critère n'apparaît pas atteint. En outre, le fait que des séquelles accidentelles imposent à l'assuré de changer de profession est insuffisant pour retenir ce critère (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.2).

En ce qui concerne l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.4 et les références citées). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on

peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3 ; 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références citées). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_804/2014 précité consid. 5.2.2 et les références citées). La jurisprudence a nié que ce critère fût rempli notamment dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre inférieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré cinq ans (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3).

En l'occurrence, le recourant a été hospitalisé au H. _____ du 26 août au 13 septembre 2016, période durant laquelle il a subi trois opérations, puis du 21 au 24 septembre 2016, pour une quatrième opération. Il a séjourné à la S. _____ du 18 octobre au 22 novembre 2016. A sa sortie, il a suivi des séances de physiothérapie en ambulatoire, s'est rendu régulièrement à des visites de contrôle au H. _____ et a pris des médicaments antalgiques. De manière générale, l'état de santé du recourant s'est nettement amélioré, sous réserve de la fracture complexe du fémur distal gauche qui ne se consolidait pas bien (cf. rapport du 24 novembre 2017 du Dr Z. _____). Il a ainsi à nouveau été opéré le 23 mars 2018, ce qui a nécessité une hospitalisation de deux jours, puis une dernière fois le 31 janvier 2020 pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du fémur distal gauche et du tibia proximal droit, ayant également exigé une hospitalisation de deux jours (cf. rapport du 11 mars 2020 du Dr Z. _____). On constate donc que l'assuré a certes subi six interventions chirurgicales sur une période de trois ans et six mois, mais que les hospitalisations y relatives ont été de relativement courte durée. Pour le reste, l'essentiel du traitement médical a consisté en des mesures conservatrices. Dans ces circonstances, on ne saurait considérer que le traitement ait été anormalement long ou que le recourant ait été astreint à un traitement particulièrement lourd ou contraignant au sens de la jurisprudence.

Il n'y a pas non plus eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

Quant au critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, on peut relever que l'assuré a souffert d'un retard dans la consolidation de la fracture du fémur distal gauche, ayant nécessité une reprise chirurgicale le 23 mars 2018 qui, malgré des suites opératoires favorables, avait nécessité un traitement de Rocéphine pour combattre un Cutibacterium acnes (cf. rapport du 4 avril 2018 du Dr Z. _____), puis une dernière intervention chirurgicale le 31 janvier 2020. On peut donc admettre, avec l'intimée, que ce critère est rempli.

Pour que le critère relatif à l'intensité des douleurs soit rempli, il faut que des douleurs importantes aient été présentes sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas. En l'occurrence, le recourant présente certes des douleurs persistantes, mais les pièces médicales au dossier ne permettent pas de les considérer comme objectivement importantes. A cet égard, la médication antalgique n'a concerné que la phase initiale du traitement et le recourant a ensuite arrêté tout traitement antalgique (cf. expertise pluridisciplinaire du 16 août 2019, page 14). De même, les experts du R. _____ ont relevé que l'examen clinique montrait plutôt un résultat mécanique satisfaisant, qui n'expliquait pas complètement les importantes douleurs décrites (cf. *idem*, p. 32).

Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne se mesurent pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, ce critère n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). En l'occurrence toutefois, une capacité de travail entière a été reconnue au recourant dans une activité adaptée en août 2019, puis une nouvelle incapacité de travail est survenue en raison de l'opération du 31 janvier

2020, et ce durant plusieurs mois. L'incapacité de travail a ainsi duré plus de trois ans après l'accident survenu en août 2016, ce qui apparaît particulièrement long selon la jurisprudence (cf. TF 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6), si bien qu'il convient de retenir que ce critère est réalisé.

Compte tenu du fait que seuls deux critères sur sept sont réalisés en l'espèce, il y aurait quoi qu'il en soit lieu de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre une éventuelle atteinte psychique et l'événement accidentel du 26 août 2016. Cela signifie que l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge les conséquences d'une telle atteinte.

b) Le recourant fait valoir que son état de santé psychique ne serait pas stabilisé, de sorte que l'intimée devrait poursuivre la prise en charge de son traitement médical et le versement des indemnités journalières.

Comme examiné ci-dessus, il apparaît que le recourant ne présente aucune atteinte psychiatrique et que, même si tel était le cas, J._____ n'aurait pas à en tenir compte (cf. consid. 8a bb *supra*). L'argument de ce dernier tombe ainsi à faux. En outre, il est établi que l'état de santé physique de l'assuré est stabilisé, ce qui n'est pas contesté par ce dernier.

Dans ces circonstances, l'intimée a à bon droit mis un terme au versement de l'indemnité journalière et à la prise en charge des frais médicaux dès le 30 septembre 2020.

c) S'agissant des répercussions dues aux atteintes à la santé physique du recourant sur sa capacité de travail, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation des experts du R._____ pour retenir que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité principalement en position assise, avec des déplacements à pied limités à environ quinze minutes sur un sol stable, sans escalier et sans

charge. Comme examiné précédemment (cf. consid 8a aa et bb *supra*), l'expertise est probante et n'est pas sérieusement remise en question par les éléments médicaux au dossier. En particulier, le rapport du 29 janvier 2021 du Dr G._____ et de Mme K._____ invoqué par le recourant attestant une incapacité de travail de 80 % quelle que soit l'activité n'est pas convaincant et il ne saurait quoi qu'il en soit en être tenu compte, en tant qu'il concerne une éventuelle atteinte psychiatrique.

Il se justifie par conséquent de conclure, en lien avec les atteintes physiques du recourant, que celui-ci dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

9. Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimée n'est pas contesté et peut être confirmé. L'intimée s'est renseignée auprès du dernier employeur du recourant sur le salaire que celui-ci aurait touché dans son activité en 2020 s'il avait continué à travailler, lequel aurait été de 57'200 francs. Pour calculer son salaire avec invalidité, J._____ s'est référée aux données salariales statistiques résultant de l'Enquête suisse sur les salaires, sur lesquelles elle a procédé à un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'intéressé, arrivant à un salaire annuel de 57'243 fr. 30. Aussi, en l'absence de perte de gain indemnisable, c'est à juste titre que l'intimée a refusé l'octroi de toute rente, le seuil de 10 % ouvrant le droit à cette prestation n'étant pas atteint.

10. Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant. Il estime avoir droit à une IPAI de 40 à 60 %, compte tenu de ses troubles physiques et de ses troubles psychiques, lesquels justifieraient 25 à 30 % d'atteinte à l'intégrité à eux seuls selon la table 5 de la CNA.

a) L'intimée a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20 % sur la base des conclusions des experts du R._____, en particulier du Dr X._____. Dans son complément d'expertise du 20 juillet 2020, celui-ci a indiqué que le taux d'atteinte à l'intégrité était nul sur le plan

orthopédique, puisqu'il n'existait en l'état peu ou pas de limitations des amplitudes articulaires. Il n'existait pas non plus d'atteinte à l'intégrité sur le plan psychique. Sur le plan neurologique en revanche, l'expertise du 16 août 2019 reconnaissait une perte d'intégrité de 20 % en raison de l'atteinte partielle du nerf fessier, ainsi que de l'atteinte partielle du tronc du nerf sciatique à prédominance du nerf sciatique poplité externe, de sorte que l'atteinte à l'intégrité se montait à 20 % au total.

b) L'évaluation des experts du R._____ paraît convaincante. En outre, alors même que la fixation d'une IPAI est une question d'ordre médical, le recourant se limite à faire valoir son propre avis sur la question, mais ne produit aucun élément médical objectif qui soit de nature à remettre sérieusement en cause l'avis des experts.

Du reste, comme examiné ci-avant (cf. consid 8a bb *supra*), les troubles psychiques invoqués par le recourant ne sont pas avérés et, dans tous les cas, pas en lien de causalité adéquate avec l'accident et ne peuvent ainsi être pris en considération dans le cadre de l'examen de l'IPAI.

c) C'est par conséquent à juste titre que J._____ a fixé à 20 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle le recourant a droit.

11. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

12. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 avril 2021 par J._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Yann Oppliger (pour F._____),
- J._____,
- 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 :