

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2023

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

C. _____, à [...] (France), recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1, 18 al. 1 et 24 LAA.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 8 octobre 2018 en qualité d'[...] pour le compte de [...] SA, dont le siège se situe à [...] (Vaud). Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 6 août 2019, l'assuré a subi un accident de la voie publique en rentrant du travail, le 30 juillet 2019. Il circulait en scooter et a été renversé par un motard qui lui a coupé la route pour prendre une sortie. L'accident a entraîné des blessures au genou, au bassin et au coude et le travail a été interrompu dès le lendemain.

La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières (cf. courrier du 8 août 2019).

Un examen tomodensitométrique du coude gauche a été effectué le 13 septembre 2019, en raison de douleurs olécrâniennes persistantes. Celui-ci n'a pas révélé de lésion osseuse traumatique ni d'épanchement articulaire, mais une ébauche d'enthésophyte à l'insertion olécrânienne du tendon tricipital avec légère ostéocondensation sous-jacente et une petite irrégularité osseuse avec spicule épicondylien latéral à l'insertion des tendons épicondyliens latéraux ; aucun corps étranger intra-articulaire n'a été retrouvé.

Dans un rapport du 12 novembre 2019, la médecin traitante de l'assuré, la Dre D._____, a posé le diagnostic de tendinopathie du coude gauche post-traumatique. Elle a noté la persistance de douleurs au coude et fait état d'un bon pronostic, relevant toutefois que celui-ci serait long. Elle a régulièrement attesté une incapacité de travail totale.

A la demande du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a examiné l'assuré le 20 décembre 2019. Aux termes de son rapport du même jour, le Dr H._____ a noté que le patient se plaignait de douleurs notamment à l'extension du coude et aux mouvements de force. A l'examen clinique, il a relevé ne pas pouvoir exclure la présence de corps étrangers liée à la contusion cutanée et qu'il existait une possible contusion osseuse au niveau de la tête radiale. Il a prescrit une IRM (imagerie par résonance magnétique) au niveau du coude gauche et conseillé une reprise du travail à partir du 3 janvier 2020, sachant qu'il pouvait persister une gêne et des douleurs notamment à l'utilisation de la percussion.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du coude gauche a été réalisée le 9 janvier 2020. Elle a révélé une tendinose d'insertion distale à caractère fissuraire du tendon tricipital à son insertion olécrânienne.

Aux termes d'une prise de position du 18 février 2020, le Dr M._____ a considéré que l'arrêt de travail n'était objectivement plus justifié depuis le 3 janvier 2020. Selon lui, seule de la physiothérapie pendant deux mois était de nature à améliorer notablement l'état de santé résultant de l'accident.

Par courrier du 20 février 2020, la CNA a signifié à l'assuré qu'une pleine capacité de travail était exigible et qu'elle pouvait encore uniquement accepter la prise en charge d'un traitement de physiothérapie pendant deux mois. Par conséquent, elle considérait l'intéressé comme apte à reprendre son activité professionnelle à 100 % dès le 5 mars 2020.

Le 2 mars 2020, l'assuré a contesté la position de la CNA, estimant que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre son activité lucrative. Ayant mandaté G._____ Sàrl (ci-après : la société), il a

requis un délai supplémentaire pour faire parvenir des pièces complémentaires.

Aux termes d'un rapport du 7 juillet 2020, G._____ Sàrl a procédé à l'analyse du dossier de l'assuré et est parvenu à la conclusion que celui-ci souffrait toujours de violentes douleurs à la mobilisation de son bras gauche, très invalidantes, et qu'une reprise du travail ne pouvait être envisagée qu'avec adaptation du poste de travail et sans utilisation du bras gauche. La société a notamment annexé à son rapport les pièces suivantes :

- un rapport du 5 juin 2020, par lequel le Dr V._____, médecin au sein de la Clinique [...], à [...], a indiqué qu'il semblait qu'il y ait une pathologie importante de l'insertion du triceps avec une inflammation toujours présente qui rendait impossible la reprise du travail de l'assuré à ce jour ; d'après ce médecin, l'intéressé ne pouvait reprendre des activités de force ou des ports de charge dépassant deux kilos ; il proposait de continuer à mettre au repos son coude et d'essayer des traitements de toutes tendinopathies chroniques (ondes de choc et éventuellement injections de PRP [plasma riche en plaquettes]) ;

- un rapport du 16 juin 2020, par lequel le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a observé que le patient continuait à présenter d'importantes douleurs à l'insertion du triceps et moins prononcées de l'épicondyle externe gauche, lesquelles ne permettaient pas une reprise du travail en tant qu'[...]; il proposait de procéder à une arthro-IRM du coude gauche afin de ne pas manquer d'autres diagnostics responsables de cet arrêt de travail prolongé ;

- un rapport relatif à une arthro-IRM du coude gauche réalisée le 22 juin 2020, qui concluait à une lésion ostéochondrale visiblement d'origine traumatique du condyle latéral gauche, sous forme d'une fissure osseuse sagittale avec défaut chondral de quelques millimètres.

Le 29 juillet 2020, le Dr M._____ a préconisé de demander un avis universitaire au sein du Service du Prof. [...], spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, au Centre R._____ (ci-après : le R._____), compte tenu des pièces nouvellement produites.

L'assuré a ainsi été examiné le 16 septembre 2020 par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé au sein du Service de chirurgie plastique et de la main du R._____. Dans un rapport du 23 septembre suivant, le médecin précité a fait état de ce qui suit :

« **A l'examen clinique** chez ce patient droitier, je note qu'il a une flexion-extension du coude à 130-0-0 des deux côtés. Supination 80, pronation 60 des deux côtés mais douloureuse du côté gauche. Les douleurs à la palpation du coude gauche sont très bien localisées au niveau de l'interligne huméro-radial, particulièrement douloureux lors de la pronosupination et à la palpation appuyée de la région. Il a également des douleurs au niveau de l'insertion distale du tendon tricipital et des douleurs moindres au niveau de l'épicondyle. Le patient me dit être particulièrement douloureux dès qu'il tient un téléphone et est soulagé dès le lâcher du téléphone et quand il se tient le coude. Le patient n'a pas de douleurs au niveau médiale ou à la face antérieure du coude. J'ai réalisé une échographie ce jour, qui, au niveau du tendon tricipital montre une asymétrie de la vascularisation au niveau de l'insertion distale du tendon tricipital au niveau de l'olécrâne qui semble pour moi confirmer le diagnostic de tendinose. Au niveau de l'articulation huméro-radiale, je n'ai pas observé d'hypervascularisation locale, ni d'anomalie particulière mais l'échographie est bien sûr un examen bien moins performant que l'arthro-IRM.

Au vu de l'examen clinique et paraclinique de ce patient, je considère que les plaintes sont corroborées par les différents examens que ce patient a déjà passés. Concernant l'origine post traumatique de ces lésions, je ne peux par contre pas l'affirmer. Il ne me semble pas dans un premier temps que ces lésions relèvent de la chirurgie, par contre, un test diagnostique avec un anesthésique local en intra-articulaire voire une infiltration de corticoïdes pourrait avoir un intérêt à titre diagnostique et thérapeutique. »

Par courrier du 29 septembre 2020, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle annulait sa prise de position du 20 février 2020 et reprenait le versement de ses prestations.

Aux termes d'un rapport du 9 octobre 2020, le Dr F._____, médecin au sein du Service de chirurgie orthopédique et traumatologique du Centre [...], a relevé qu'à l'examen clinique, le patient avait un coude bien mobile, mais qu'il existait de franches douleurs à la palpation de l'épicondyle latéral, associées à des douleurs du tendon tricipital. Le médecin précité a indiqué ne pas avoir de solution chirurgicale à proposer et a préconisé que l'assuré soit vu par les médecins de la consultation de la douleur.

Après avoir émis l'idée d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation, auquel l'assuré avait adhéré, le Dr M._____ y a finalement renoncé dans le contexte de l'épidémie de COVID (cf. avis du 26 octobre 2020).

L'assuré a été examiné par le Dr M._____ le 17 février 2021. Par rapport du 18 février suivant, celui-ci a posé les diagnostics de tendinose du triceps droit et de contusion du condyle latéral huméral. Il a estimé que l'état de santé était stabilisé, compte tenu de son évolution, ainsi que de l'absence de rééducation et de prise en charge possible thérapeutique, et que le travail exercé antérieurement n'était plus exigible. D'après le médecin d'arrondissement de la CNA, les limitations fonctionnelles consistaient en des limitations des mouvements de flexion-extension rapides et/ou fréquents du membre supérieur gauche, avec des mouvements contrariés surtout de pronation du membre supérieur gauche, en évitant de soulever en flexion du coude des charges supérieures à dix kilos maximum et cinq kilos de façon relativement régulière ou fréquente, en évitant les vibrations ; une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100 % sans perte de rendement et le travail en utilisation fine des extrémités était également possible sans limitation. Le Dr M._____ a préconisé la poursuite de la prise en charge antalgique « pendant encore un an, à condition que ce suivi soit régulier et, au-delà d'un an, justifié » ; une consultation au centre anti-douleur pouvait également s'avérer nécessaire « deux fois par an pendant l'année 2021 ». De son point de vue, il n'était pas possible d'établir un lien de causalité ente la tendinose et l'accident, au degré de la vraisemblance

prépondérante ; en revanche, l'atteinte ostéo-cartilagineuse du condyle latéral gauche était vraisemblablement liée à l'évènement, mais elle était minime.

Dans un rapport intitulé « estimation de l'atteinte à l'intégrité » et daté du 17 février 2021, le Dr M. _____ a évalué le taux d'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 5 %.

Par courrier du 16 mars 2021, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2021, dans la mesure où l'examen médical subi récemment avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement médical. Elle a précisé qu'elle continuerait à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires, soit la prise en charge antalgique pendant encore un an, à condition que ce suivi soit régulier et, au-delà d'un an, justifié, une consultation au centre anti-douleur pouvant s'avérer nécessaire deux fois par an pendant l'année 2021.

Dans un rapport du 26 mars 2021, la Dre D. _____ a certifié que l'état de santé de son patient justifiait des séances d'acupuncture dans le cadre de la prise en charge de sa pathologie du coude gauche en lien avec son accident du travail du 30 juillet 2019.

Par communication du 26 juillet 2021, l'Office cantonal genevois des assurances sociales, auprès duquel l'assuré avait dans l'intervalle déposé une demande de prestations, a octroyé à ce dernier une mesure de reclassement professionnel comme logisticien, dès le 1^{er} août 2021.

Par courriers électroniques des 18 et 19 novembre 2021, l'assuré a informé la CNA de l'arrêt du stage professionnel qu'il effectuait en raison d'une recrudescence des douleurs au niveau de son condyle latéral gauche et du tendon tricipital ; les mouvements répétitifs de la profession étaient en cause. Il a indiqué avoir pu consulter un spécialiste

du coude et de l'arthrose et avoir pris rendez-vous pour des « infiltrations PRP [platelet-rich plasma] » et des « infiltrations corticoïdes ».

Dans un rapport du 19 novembre 2021, le Dr L._____, médecin au sein du Département de chirurgie de la main et du membre supérieur du Centre [...], a posé les diagnostics de lésion ostéochondrale du capitellum OCD (ostéochondrite disséquante) modérée avec un kyste osseux de quelques millimètres, symptomatique, et de tendinose d'insertion distale à caractère fissuraire du tendon tricipital, symptomatique. Il a proposé des infiltrations à six semaines d'écart de « PRP triceps » et des infiltrations corticoïdes radio-humérales.

Aux termes d'un rapport du 24 novembre 2021, le Dr P._____ a émis l'appréciation suivante :

« Pendant le reclassement professionnel par l'AI, le patient a ressenti une nette accentuation des douleurs de son coude gauche l'obligeant à un arrêt de travail depuis le 11.11.2021.

Suite à la consultation chez le Dr. L._____, un traitement par injection de corticoïde et de PRP a été proposé.

En résumé la lésion ostéo-chondrale du condyle externe suite à l'accident de la voie publique en date du 30.07.2019 reste le problème prédominant en plus la zone d'insertion du triceps.

Si le traitement conservateur reste insuffisant, une réparation par arthroscopie incluant des micro-fractures selon Steadman peut être discutée. »

Par appréciation du 2 décembre 2021, le Dr M._____ a relevé que les troubles invoqués au niveau du coude gauche n'avaient pas évolué de façon significative et n'étaient pas susceptibles de modifier les limitations fonctionnelles déjà évaluées. Selon lui, le diagnostic restait inchangé, malgré les multiples avis médicaux, de sorte qu'il n'existait pas d'indication à modifier le taux de l'atteinte à l'intégrité. Le médecin d'arrondissement de la CNA s'est en outre opposé à la décision d'une éventuelle chirurgie arthroscopique sur une atteinte extrêmement minime de la tête radiale, telle qu'exposée pour des micro-fractures, cette intervention sur le coude et sur ce type d'atteinte étant sans espoir objectif d'amélioration. Il a noté que l'atteinte tendineuse de l'insertion

distale et le caractère fissuraire du tendon tricipital n'entraient pas en causalité en vraisemblance prépondérante avec l'évènement. Ainsi, à ses yeux, la situation actuelle de l'assuré ne modifiait en rien les conclusions de l'examen pratiqué le 17 février 2021.

Par courrier du 2 décembre 2021, la CNA s'est référée à l'avis de son médecin d'arrondissement et a confirmé les termes de son courrier du 16 mars 2021, à savoir la clôture du versement des indemnités journalières au 31 juillet 2021 avec la prise en charge des soins encore nécessaires.

Le 15 décembre 2021, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a contesté la teneur et les conclusions du courrier du 2 décembre 2021 de la CNA. Il a estimé que son cas n'était pas encore stabilisé sur le plan médical et que la mise en œuvre d'un complément d'instruction était nécessaire ; à cet égard, l'assuré a indiqué qu'il allait consulter le Prof. N._____, afin que celui-ci se détermine sur la nature des lésions et les traitements à entreprendre en vue d'une guérison. Il a ainsi requis la prise en charge de cet examen médical.

Dans un rapport du 12 janvier 2022, le Dr W._____, spécialiste en neurologie, a noté que le patient présentait des douleurs chroniques dans la région du coude, dans les suites d'un accident de la voie publique ; la symptomatologie actuelle faisait suspecter une neuropathie ulnaire au coude gauche associée et l'examen clinique montrait des signes irritatifs dans ce sens avec une légère atteinte déficitaire motrice, difficile à évaluer dans le contexte des douleurs. Le médecin précité a indiqué que l'ENMG (électroneuromyogramme) confirmait la présence d'une neuropathie lésionnelle discrète, sensitivo-motrice, du nerf ulnaire au coude gauche, à nette prédominance myélinique, traduisant une atteinte irritative au premier plan, éventuellement secondaire à l'atteinte traumatique, même si la cinétique des symptômes n'était pas claire. Il a donc proposé au patient de compléter l'examen par une échographie du nerf ulnaire gauche, pour voir s'il y avait une compression ou une luxation du nerf, et a transmis à

l'assuré une ordonnance pour une attelle à porter la nuit. Selon lui, sous réserve des résultats de l'échographie, il n'y avait pas d'indication chirurgicale et le traitement conservateur devait être poursuivi.

Une échographie du coude gauche a été réalisée le 27 janvier 2022. Le rapport du même jour du Dr J. _____, radiologue, a fait état de ce qui suit :

« Description :

Le nerf ulnaire montre un aspect habituel à l'échographie. Absence de saut de calibre. Pas d'anomalie de la structure fasciculaire interne. Examen au Doppler Couleur ne montrant pas d'hypervascularisation locale pouvant faire suspecter une plage inflammatoire. Subluxation du nerf lors de la flexion maximale du coude.

Pas de masse intracanalalaire.

Le nerf médian ne montre pas d'altération significative de sa structure ou de sa taille au niveau de la face antérieure du coude.

Absence de masse pouvant être à l'origine d'une compression extrinsèque. Pas d'hyperhémie locale au Doppler couleur.

Le nerf interosseux postérieur ne montre pas d'anomalie décelable. Absence de signe de compression au niveau de l'arcade de Frohse.

Tendinopathie du tendon tricipital au niveau de sa partie superficielle. Le tendon montre un aspect hypoéchogène et irrégulier, avec perte partielle de sa structure fibrillaire.

Minuscule calcification locale. Absence de lésion inflammatoire au Doppler couleur.

Tendon distal du biceps normal.

Le plan articulaire ne montre pas d'altération significative. Absence d'épanchement articulaire, d'hypertrophie de la membrane synoviale articulaire ou d'hyperhémie significative locale au Doppler couleur. »

Aux termes d'un rapport du 3 février 2022, le Prof. N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que l'intéressé présentait un flexum de 5-10° du coude gauche, une lésion ostéochondrale du condyle latéral de l'huméral distal gauche, une neuropathie sensitivomotrice du nerf ulnaire gauche et une tendinopathie du triceps gauche à son insertion distale. Il a préconisé un traitement conservateur dont le port d'une attelle et des séances de physiothérapie, des injections de type PRP pouvant être envisagées pour la tendinopathie du triceps. Il a en outre expliqué que la lésion ostéochondrale du condyle latéral du coude gauche pourrait bénéficier

d'une exploration arthroscopique avec débridement et microfractures de la zone incriminée. Le Prof. N. _____ a considéré que les lésions au coude gauche étaient clairement en rapport de causalité avec l'accident de la circulation du 30 juillet 2019 et que celles-ci nécessitaient une reconversion professionnelle pour trouver un travail adapté ménageant le coude gauche en évitant les mouvements répétitifs, ainsi que le port ou la manipulation de charges de plus de cinq kilos.

Par appréciation du 14 mars 2022, le Dr M. _____ a estimé que la lésion cartilagineuse était en lien de causalité avec l'accident, au contraire de la lésion tricpitale et de l'atteinte ulnaire. Selon lui, il n'y avait eu aucune aggravation depuis son dernier examen médical, l'atteinte ulnaire détectée sous ENMG n'étant pas en causalité de vraisemblance prépondérante avec l'accident deux ans après celui-ci ; les limitations étaient du reste les mêmes que celles décrites par le Prof. N. _____ et étaient donc toujours d'actualité. A son sens, le taux d'atteinte à l'intégrité retenu ne pouvait être modifié. Pour motiver cette appréciation, le médecin d'arrondissement a en particulier relevé que la tendinopathie du tendon du triceps rapportée par les médecins consultés était survenue sur un coude qui, dès le scanner du 13 septembre 2019, donc quarante-cinq jours après l'accident, retrouvait une ébauche d'enthésophyte à l'insertion olécranienne du tendon tricpitital avec une légère ostéocondensation sous-jacente ; il existait donc selon lui préalablement à l'évènement une atteinte chronique de l'insertion tricpitale. En ce qui concerne l'atteinte ulnaire, il a indiqué être étonné que soit mentionnée, deux ans après l'évènement, une atteinte du nerf ulnaire à la face interne du coude, alors que la contusion était survenue à la face externe du coude et qu'aucun des spécialistes consultés dans l'intervalle n'avait décrit de signes de névropathie ulnaire cliniquement ; les éléments concernant le nerf ulnaire n'étaient ainsi que « des éléments de causalité de niveau à peine possible et non en vraisemblance prépondérante ». Le Dr M. _____ a également noté la contradiction entre les douleurs séquelles importantes alléguées au niveau du coude et l'absence de traitement spécifique tel que proposé par les spécialistes qui ne semblait pas avoir été réalisés (injection, infiltration locale, PRP ou

autre), sur une articulation par ailleurs sans signe net d'inflammation aigu ni chronique. Il a enfin émis des doutes sur le fait qu'un débridement sur l'atteinte légère du capitulum sur la surface articulaire et micro-fractures, tel que préconisé par le Prof. N._____, permettrait à l'assuré de retrouver les 5° d'extension manquants.

Le 3 mai 2022, l'assuré a transmis à la CNA un rapport du 24 décembre 2021 attestant d'une infiltration par PRP d'une enthésopathie du triceps droit réalisée dans de bonnes conditions, ainsi qu'un rapport du 1^{er} février 2022 relatif à une infiltration du coude gauche subie en raison d'une lésion ostéocondrale du capitulum.

Par décision du 11 mai 2022, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Elle a retenu sur la base des constatations médicales qu'en dépit des séquelles imputables à l'accident, ce dernier demeurait à même d'exercer une pleine activité ne nécessitant pas de soulever, le coude fléchi, de charges supérieures à dix kilos. Les charges devaient être limitées à cinq kilos si cela devait être répétitif, les mouvements de flexion-extension rapides et/ou fréquents ainsi que contrariés du membre supérieur gauche, de même que les vibrations, étaient contre-indiqués. Un revenu de 68'993 fr. pouvait ainsi être réalisé dans une activité adaptée au vu des chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ; eu égard aux nombreuses possibilités offertes par le marché du travail d'exploiter la capacité de travail médicalement reconnue en dépit de quelques limitations fonctionnelles, il ne se justifiait pas d'opérer un abattement sur cette valeur statistique. La CNA a retenu que, sans l'accident, l'intéressé aurait obtenu un salaire de 56'782 fr., de sorte qu'une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident n'existait pas. Elle a en outre retenu une atteinte à l'intégrité de 5 % et alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 7'410 francs.

Le 20 mai 2022, l'assuré, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a soutenu que son cas n'était pas encore stabilisé puisque des traitements

devaient lui permettre de retrouver une pleine capacité de travail. Il a ainsi conclu principalement à la reprise du versement des indemnités journalières et des traitements médicaux, et subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI de plus de 5 %. L'assuré a joint à son envoi un rapport du 10 mai 2022, par lequel le Dr P._____ a indiqué que le problème prédominant demeurerait la lésion ostéochondrale du condyle externe à la suite de l'accident de la voie publique du 30 juillet 2019. Il a proposé une réparation par arthroscopie du coude gauche ainsi qu'une transposition antérieure du nerf cubital.

Par décision sur opposition du 23 juin 2022, la CNA a rejeté l'opposition. Pour l'essentiel, elle a retenu que les diverses appréciations de son médecin d'arrondissement, sur lesquelles elle s'était fondée pour nier le droit aux prestations à compter du 31 juillet 2021 et à une rente d'invalidité, ainsi qu'allouer une IPAI de 5 %, avaient entière valeur probante et n'étaient mises en doute par aucun élément au dossier.

B. Par acte du 13 juillet 2022, C._____, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'allocation de plus amples prestations d'assurance LAA, notamment la prise en charge des traitements médicaux et le paiement des indemnités journalières au-delà du 31 juillet 2021, une rente d'invalidité et une IPAI supérieure à 5 %, subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, le recourant fait valoir que l'appréciation du Dr M._____, selon laquelle la lésion tricépitale et l'atteinte ulnaire ne seraient pas en lien de causalité avec l'accident, est abondamment contredite par les pièces médicales au dossier, en particulier par les rapports des 27 janvier 2022 du Dr W._____, 3 février 2022 du Prof. N._____ et 10 mai 2022 du Dr P._____. S'appuyant sur ces pièces, le recourant estime que son état de santé n'est pas stabilisé et que l'intimée doit ainsi prendre en charge les traitements médicaux adéquats préconisés par le Prof. N._____ et le Dr P._____ et verser des

indemnités journalières. A ses yeux, l'atteinte à l'intégrité n'a pas pu être évaluée à sa juste mesure en raison de l'absence de stabilisation du cas et l'indemnité afférente devrait donc être déterminée sur la base d'une atteinte supérieure à 5 %.

Par réponse du 18 août 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, renvoyant à la décision sur opposition querellée.

Par courrier daté du 8 août 2022 (sic) et reçu le 16 février 2023 par la Cour de céans, le recourant a produit un rapport du 31 janvier 2023 relatif à une électroneuromyographie réalisée par la Dre K._____, spécialiste en neurologie, laquelle a révélé un bloc de conduction sensitif partiel du nerf ulnaire gauche en amont du coude, pour lequel une mise au repos du nerfs (avec port d'une attelle de repos nocturne pendant un mois et demi) était dans un premier temps conseillée avec contrôle électroclinique au terme de cette période, ou avant en cas d'aggravation, afin d'envisager une éventuelle neurolyse au coude en fonction de l'évolution des paramètres électriques.

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. Telles que présentées, les conclusions du recourant sont contradictoires. Celui-ci conclut en effet à la réforme de la décision sur opposition litigieuse en ce sens que soient allouées « de plus amples prestations d'assurance LAA, notamment la prise en charge des traitements médicaux et le paiement des indemnités journalières au-delà du 31 juillet 2021 ; une rente et une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 5 % ». Or, ces prestations ne peuvent être allouées simultanément. On admettra que le recourant conclut, en réalité, principalement à l'allocation d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical postérieurement au 31 juillet 2021 et, subsidiairement, à l'allocation d'une rente et d'une IPAI supérieure à 5 %.

En l'espèce, le litige a donc pour objet le point de savoir si l'intimée était fondée à considérer l'état de santé du recourant comme stabilisé et à mettre un terme à la prise en charge du traitement médical ainsi qu'au versement des indemnités journalières avec effet au 31 juillet 2021 et, le cas échéant, à refuser de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité et à fixer à 5 % le taux de son atteinte à l'intégrité.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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).

4. 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).

d) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du

travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

5. 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).

L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA).

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

7. En l'occurrence, le recourant a perçu des indemnités journalières de l'intimée, qui a également pris en charge les frais de traitement médicaux, à la suite d'un accident de la voie publique ayant eu lieu le 30 juillet 2019. L'assureur-accidents a mis un terme à ces prestations au 31 juillet 2021, estimant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une sensible amélioration de l'état de santé de l'intéressé, qui était stabilisé, les atteintes résiduelles nécessitant un traitement n'étant pas en lien de causalité avec l'accident. Procédant à l'examen du droit aux prestations de longue durée, l'intimée a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ménageant le membre supérieur gauche et que le revenu qu'il était susceptible de tirer d'une telle activité ne laissait subsister aucun préjudice économique et ne permettait donc pas l'ouverture d'un droit à une rente d'invalidité. Elle a également retenu que les séquelles de l'accident permettaient d'allouer au recourant une IPAI de 5 %.

Le recourant conteste cette appréciation, estimant en substance que son état de santé n'est pas stabilisé et qu'il présente de nombreuses atteintes au membre supérieur gauche, en lien de causalité avec l'accident du 30 juillet 2019, nécessitant des traitements afin d'améliorer sa capacité de travail, justifiant la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux jusqu'à stabilisation, puis l'allocation d'une rente d'invalidité et d'une IPAI plus élevée que celle reconnue.

Compte tenu des éléments précités, il y a lieu d'examiner tout d'abord si le recourant présentait toujours, au 31 juillet 2021, des troubles en lien de causalité avec l'accident assuré et, cas échéant, s'ils étaient stabilisés. Dans l'affirmative, il conviendra ensuite de déterminer si lesdits troubles portent atteinte à la capacité de travail et de gain du recourant dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Enfin, le droit à une IPAI devra être évalué.

8. L'intimée a fondé sa décision sur les appréciations des 17 février 2021, 2 décembre 2021 et 14 mars 2022 de son médecin d'arrondissement pour retenir une stabilisation de l'état de santé depuis le premier examen de celui-ci, en février 2021. Dans ses deux premiers avis, le Dr M._____ avait en effet constaté l'existence d'une lésion cartilagineuse et d'une lésion tricpitale au membre supérieur gauche, seule la première, qui était minime, étant en lien de causalité avec l'accident du 30 juillet 2019 ; il a en revanche exclu l'existence d'une neuropathie ulnaire au coude gauche. Le 14 mars 2022, il a relevé que l'atteinte ulnaire détectée sous ENMG n'était pas en lien de causalité de vraisemblance prépondérante avec l'accident. D'après lui, aucun traitement de la lésion cartilagineuse n'était susceptible d'améliorer l'état de santé de l'intéressé.

Or, les rapports du Dr M._____ sont contredits par ceux établis par plusieurs médecins traitants de l'assuré, qui attestent d'un lien de causalité ou émettent la possibilité qu'un tel lien de causalité existerait entre les atteintes dont souffre ce dernier, y compris la neuropathie du

nerf ulnaire gauche, et l'accident, sans que l'on puisse reconnaître aux uns une valeur notablement supérieure aux autres.

Il est vrai, comme le relève le médecin d'arrondissement de la CNA, que le Prof. N._____ paraît trop affirmatif lorsqu'il constate le 3 février 2022, notamment, une neuropathie sensitivomotrice du nerf ulnaire gauche en clair lien de causalité avec l'accident de circulation du 30 juillet 2019, alors même qu'il disposait d'un rapport d'échographie du coude gauche du 27 janvier 2022 du Dr J._____ ne constatant aucune anomalie du nerf ulnaire et que le diagnostic de neuropathie n'a été posé que très tardivement dans ce dossier (cf. rapport du 12 janvier 2022 du Dr W._____). Un tel constat aurait mérité, pour le moins, une argumentation plus approfondie.

Il en va toutefois de même en ce qui concerne le constat du Dr M._____ relatif à l'absence de causalité entre la lésion tricipitale et l'accident assuré, ainsi que l'existence d'une aggravation depuis la fin de l'année 2021 et la reprise d'une activité professionnelle dans le cadre d'une mesure de reclassement de l'assurance-invalidité. Cette appréciation n'est que très peu argumentée et repose essentiellement sur deux éléments : d'une part, le diagnostic posé, quarante-cinq jours après l'accident, d'une ébauche d'enthésophyte à l'insertion olécrânienne du tendon tricipital avec une légère ostéocondensation sous-jacente, ce qui impliquerait nécessairement une atteinte préexistante à l'accident ; d'autre part, le manque de cohérence entre les douleurs importantes alléguées par l'assuré au niveau du coude et l'absence de traitement spécifique tel que proposé (injection, infiltration locale, PRP ou autre), sur une articulation par ailleurs sans signe net d'inflammation aigue ou chronique. Or, ces deux arguments ne convainquent pas. En effet, l'existence éventuelle d'une atteinte préexistante ne permet pas d'emblée d'exclure tout lien de causalité entre l'accident assuré et une éventuelle péjoration d'une telle atteinte, l'assurance-accident répondant en principe d'une telle péjoration conformément à l'art. 36 al. 1 LAA (cf. également consid. 3b *supra*). Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le Dr M._____, l'assuré a suivi un traitement en raison des douleurs alléguées,

consistant notamment en acupuncture (cf. rapport du 26 mars 2021 de la Dre D._____) et infiltrations (infiltration par PRP du coude gauche le 24 décembre 2021 et infiltration du coude gauche le 1^{er} février 2022).

Pour sa part, le Dr S._____, mandaté par l'intimée, s'est montré beaucoup plus prudent dans son rapport du 23 septembre 2020 en considérant que les plaintes de l'assuré étaient corroborées par l'examen clinique et paraclinique, tout en précisant qu'il ne pouvait pas affirmer l'origine post-traumatique des lésions, en particulier de la tendinose. Ce constat ne permet pas non plus d'infirmar, sans autre argumentation, cette origine post-traumatique.

Le Dr W._____, dans son rapport du 12 janvier 2022, indique que l'ENMG a confirmé la présence d'une neuropathie lésionnelle discrète, sensitivo-motrice, du nerf ulnaire au coude gauche, à nette prédominance myélinique, traduisant une atteinte irritative au premier plan, éventuellement secondaire à l'atteinte traumatique, même si la cinétique des symptômes n'était pas claire. Il ne se prononce ainsi pas formellement sur le lien de causalité.

Quant aux autres rapports médicaux au dossier, ils ne permettent pas non plus d'établir ni de nier l'existence d'un lien de causalité. Les Drs D._____ et P._____ font état, dans leurs rapports des 12 novembre 2019, 24 novembre 2021 et 10 mai 2022, d'atteintes « post-traumatiques » ou « à la suite de l'accident ». Or, l'utilisation du terme « post-traumatique » dans le langage médical n'est pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme. Cette expression est aussi souvent utilisée pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est constatée après un traumatisme. Dans ce contexte, il convient d'examiner dans chaque cas d'espèce le sens à donner au terme « post-traumatique » (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.5 ; 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 et les références citées). En l'occurrence, les Drs D._____ et P._____ ne précisent pas s'ils font état, par cette formulation, d'un

rapport de causalité avec l'accident ou s'ils indiquent simplement que les atteintes constatées sont apparues postérieurement à cet évènement.

En ce qui concerne l'absence d'indication médicale pour le traitement envisagé par le Dr P._____ dans son rapport du 24 novembre 2021 en cas d'insuccès du traitement conservateur, le Dr M._____ pose l'affirmation péremptoire que cette thérapie sur le coude et sur ce type d'atteinte est sans aucun espoir objectif d'amélioration (cf. appréciation du 2 décembre 2021), sans véritablement l'étayer. Par ailleurs, un traitement conservateur à la charge de l'intimée pourrait également entrer en considération pour, à défaut de mieux, au moins ramener l'état de santé de l'assuré à la situation qui prévalait avant la recrudescence des douleurs constatées peu après la reprise d'une activité professionnelle, à la fin de l'année 2021. Le médecin d'arrondissement de la CNA ne s'est pas prononcé sur ce point, dès lors qu'il a exclu le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte tendineuse de l'insertion distale, ainsi que le caractère fissuraire du tendon tricipital.

9. Vu ce qui précède, il n'est pas possible de se prononcer en connaissance de cause, en l'état du dossier, sur l'origine accidentelle ou non des atteintes à la santé de l'assuré, ni sur le point de savoir si celui-ci peut encore être notablement amélioré par un traitement médical. L'instruction menée par l'intimée est donc lacunaire, ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué.

Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera à la CNA de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès d'un spécialiste de la main et d'un neurologue. Ces médecins seront invités à constater les atteintes à la santé présentées par l'assuré, à se déterminer, pour chacune d'entre elle, sur le rapport de causalité avec l'accident assuré, sur les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent et sur leur influence sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré, ainsi que sur le

point de savoir si un traitement médical serait approprié. A l'issue de cette instruction complémentaire, l'intimée rendra une nouvelle décision.

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

11. Il reste à statuer sur la demande d'assistance judiciaire présentée par le recourant dans son acte de recours.

a) Selon l'art. 61 let. f, deuxième phrase, LPGA lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

L'art. 119 al. 2 CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, dispose quant à lui que le requérant justifie de sa situation de fortune et de ses revenus et expose l'affaire et les moyens de preuve qu'il entend invoquer. Il peut indiquer dans sa requête le nom du conseil juridique qu'il souhaite.

b) En l'espèce, le recourant n'a produit aucun document en vue d'établir qu'il remplit les conditions de l'octroi de l'assistance judiciaire, en particulier sur le plan financier. Me Jean-Michel Duc est pourtant informé que l'indigence doit être établie par celui qui demande l'assistance judiciaire et qu'à cet effet, un formulaire préétabli doit être rempli et signé, puis produit avec les pièces justificatives. Il a d'ailleurs déjà été rendu attentif au fait qu'à l'avenir, le Tribunal pourrait ne plus entrer en matière sur des demandes d'assistance judiciaires qu'il dépose sans effectuer simultanément ces démarches, ou au moins dans un délai raisonnable après le dépôt de la demande. Dans ces conditions, la demande d'assistance judiciaire doit être rejetée.

A toutes fins utiles, on relèvera que le sort du recourant n'aurait, quoi qu'il en soit, pas été différent si l'assistance judiciaire lui avait été octroyée, dans la mesure où il a obtenu des dépens à hauteur de 2'500 fr., correspondant au moins à ce qui aurait été alloué à son conseil à titre d'indemnité pour le mandat d'office.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 23 juin 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à C. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

V. La requête d'assistance judiciaire de C._____ dans la présente procédure est rejetée.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour C._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :