

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 octobre 2024

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Pasche et Gauron-Carlin, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

---

**Art. 43 al. 1 LPGA ; 18 al. 1, 24 et 25 LAA ; 36 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 15 janvier 2018 comme « ouvrier aux manœuvres » auprès de la société N.\_\_\_\_\_ SA à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 5 octobre 2020, l'assuré a, sur un chantier, glissé puis chuté d'une hauteur de 3,5 mètres dans une fosse, avec réception sur le dos.

Du 5 au 13 octobre 2020, l'assuré a été hospitalisé auprès du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV où les diagnostics de fracture peu déplacée du processus transverse des vertèbres L2 à gauche, L5 et S1 à droite, de fracture non déplacée des branches ischio-pubiennes bilatérales, de fracture non déplacée de l'épine iliaque postéro-supérieure droite et de contusion du coude droit ont été posés. Un scanner polytraumatisé n'a pas mis en évidence de lésion traumatique cérébro-cervicale. Un traitement conservateur, sans suivi clinique ni radiologique, a été préconisé (rapport du 9 novembre 2020 des Drs Z.\_\_\_\_\_, médecin-associé, B.\_\_\_\_\_, chef de clinique et S.\_\_\_\_\_, médecin-assistante).

La CNA a pris le cas en charge.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2020, l'assuré s'est entretenu à son domicile avec un inspecteur des sinistres de la CNA et lui a déclaré avoir encore beaucoup de douleurs, dormir très mal en raison des douleurs au dos et devoir marcher avec deux cannes. Il a également indiqué ne plus souffrir au niveau de la tête, ni avoir de vertiges, de maux de tête ou de problèmes de vue, mais avoir des douleurs dans l'épaule droite.

En raison de l'apparition de douleurs intenses au niveau de la symphyse pubienne ainsi qu'en lombaire bas lors de toute mobilisation et de la position assise, l'assuré a subi, le 14 juin 2021, une intervention chirurgicale sous la forme d'une réduction ouverte et ostéosynthèse de la

symphyse pubienne par double plaque et d'une stabilisation de la sacro-iliaque droite par vissage percutané (protocole opératoire du 21 juin 2021 des Drs T.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse et une reconstruction de la symphyse pubienne avec prise de greffe tricorticale à la crête iliaque droite, ainsi qu'une cure d'éventration sous-ombilicale selon la technique de Ramirez et mise en place d'un filet onlay ont été réalisés le 10 janvier 2022 (protocole opératoire du 21 janvier 2022 des Drs K.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie).

Dans des rapports des 13 mai et 23 juin 2022, les médecins du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV ont, en présence d'une évolution lente, suggéré une rééducation auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion afin de reconditionner l'assuré pour la reprise de son activité usuelle d'ouvrier sur les chantiers auprès de la société N.\_\_\_\_\_ SA.

Le 13 juin 2022, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a rapporté une évolution défavorable depuis la dernière opération chirurgicale avec une hypoesthésie sus-pubienne en barre accompagnée de décharges douloureuses à la face latérale de la jambe et au pied droits. Ce médecin a noté par ailleurs un état dépressif réactionnel de type stress post-traumatique avec ruminations de l'accident et ses séquelles. La marche s'accomplissait toujours avec deux cannes.

Du 3 au 31 août 2022, l'assuré a séjourné au sein du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR. Dans leur rapport de sortie du 7 novembre 2022, les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et J.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont posé les diagnostics suivants :

DIAGNOSTICS

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur du bassin

#### DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- 05.10.2020 : chute d'une hauteur de 3.5 mètres avec polytrauma :
  - fracture peu déplacée du processus transverse des vertèbres L2 à gauche, L5 et S1 à droite
  - fracture non déplacée des branches ischio-pubiennes bilatérales
  - fracture non déplacée de l'épine iliaque postéro-supérieure droite
  - contusion du coude droit
  - instabilité chronique horizontale et verticale du bassin symptomatique secondaire à une lésion de l'anneau pelvien type Tile C1
  - démontage de symphyse pubienne sur hyper-contrainte + absence de consolidation symphysaire. Arthrose SID sur rigidité symphysaire. Hernie sous-ombilicale médiane postopératoire sur insuffisance des droits.
- 17.02.2021 : diastasis de la symphyse pubienne mesuré à 8 mm avec suspicion de désinsertion proximale des adducteurs droits. Fracture non déplacée de l'épine iliaque postéro-supérieure droite. Hémangiome des corps vertébraux de C7 et T12 (IRM rachis total et bassin)
- 26.08.2022 : probable radiculopathie de L5 droite (ENMG).

Les médecins de la CRR ont indiqué que les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives constatées au cours du séjour et que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles. Ils ont retenu des limitations fonctionnelles provisoires, à savoir pas de port de charges légères, pas de marche prolongée, pas de station debout statique prolongée, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de réalisation répétée d'escaliers, pas de flexion-torsion répétée du tronc. Une stabilisation du cas était attendue dans un délai d'un à deux mois avec en parallèle la poursuite d'un traitement de physiothérapie. Si l'activité usuelle était compromise, une pleine capacité de travail de l'assuré était attendue dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avec un pronostic théoriquement favorable malgré des facteurs personnels et contextuels susceptibles d'interférer avec ce processus de réorientation professionnelle.

Dans un rapport du 7 novembre 2022, le Dr F.\_\_\_\_\_ a constaté qu'il persistait, à plus de six mois de la chirurgie, des douleurs d'intensité moyenne mal soulagées par une antalgie de palier II. Une imagerie par scanner du bassin à la recherche d'une progression de l'arthrose sacro-iliaque droite et de l'état de l'arthrodèse de symphyse ainsi qu'une infiltration de l'articulation sacro-iliaque droite devaient être organisées. De plus, l'assuré allait être convoqué par le Centre de la douleur pour une évaluation et une prise en charge spécialisée de ses douleurs persistantes.

Le 28 novembre 2022, les médecins du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV ont réalisé chez l'assuré une infiltration de l'articulation sacro-iliaque droite sous contrôle scanographique.

Dans un rapport du 31 janvier 2023, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites, de douleurs persistantes du bassin, de suspicion de syndrome facettaire lombaire, d'affection de l'articulation sacro-iliaque et de bursite pré-trochantérienne droite. Selon ce médecin, il persistait des douleurs lombo-sacrales chez l'assuré, surtout latéralisées à droite et de la symphyse latéralisées à gauche ainsi que des douleurs au niveau du tronc majoritairement droit. L'assuré décrivait une hypoesthésie du pied droit jusqu'au mi-mollet mais pas d'autre déficit neurologique et il se déplaçait avec une boiterie importante de décharge en utilisant une canne. Les plaintes concernaient principalement les douleurs chroniques du bassin depuis l'accident d'octobre 2020 dans le contexte d'une réponse seulement partielle aux traitements médicamenteux, l'infiltration de l'articulation sacro-iliaque ayant même aggravé les symptômes. Le Dr P.\_\_\_\_\_ retenait une composante neuropathique des plaintes justifiant l'introduction d'un traitement par Prégabaline. De son côté, l'assuré ne souhaitait pas d'une approche interventionnelle. Présentant une tristesse en lien avec la perte de fonctionnalité, les douleurs quotidiennes et les soucis pour le futur, il était demandeur d'un soutien psychologique et devait prochainement être convoqué en ce sens.

Dans un rapport du 15 février 2023, le Dr P. \_\_\_\_\_ a confirmé la persistance de l'état de santé défailant de l'assuré.

Dans une appréciation médicale du 27 février 2023, le Dr E. \_\_\_\_\_ a, sur la base des rapports de la CRR et du CHUV au dossier, indiqué que la situation pouvait être considérée comme stabilisée au plan médical et que les limitations fonctionnelles retenues au terme du séjour effectué par l'assuré auprès de la CRR étaient définitives. Il a par ailleurs estimé l'atteinte à l'intégrité à 25 %.

Par courrier du 2 mars 2023, la CNA a informé l'assuré de son intention de mettre fin au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 15 mars 2023. Elle estimait que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir : pas de port de charges lourdes, pas de marche prolongée ni de montée ou descente d'escaliers de manière prolongée, pas de position statique ou debout prolongée, et pas de travail accroupi ou à genoux.

Par décision du 19 mai 2023, la CNA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 37'050 francs (taux de 25 %).

A l'appui de son opposition formée le 16 juin 2023 contre cette décision, l'assuré, assisté par Me Jean-Michel Duc, a demandé à la CNA de compléter l'instruction par le biais de la mise en œuvre d'une expertise médicale « notamment sur le plan orthopédique et psychiatrique ».

Le 31 août 2023, l'assuré a annoncé une rechute de son accident et produit une arthro-IRM de l'épaule droite du 22 août 2023, laquelle révélait la présence d'un important remodelage dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire avec discrète déhiscence, d'une tendinopathie modérée sans déchirure transfixiante du tendon supra-

épineux avec toutefois une discrète atrophie du corps musculaire et une infiltration graisseuse débutante de ce muscle, une tendinopathie de la portion intra-articulaire du tendon long chef du biceps, et d'une déchirure labrale dans sa portion postéro-supérieure (rapport du 23 août 2023 de la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie).

Par décision sur opposition du 4 septembre 2023, la CNA a confirmé sa décision du 19 mai 2023.

**B.**           **a)** Par acte du 3 octobre 2023, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 4 septembre 2023 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens que la CNA soit condamnée à lui verser de plus amples prestations, à dire d'expert, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Il a fait valoir que les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA reposaient sur le rapport de la CRR qui était dénué de valeur probante, qu'il n'avait pas été en mesure de reprendre une activité professionnelle depuis l'accident d'octobre 2020 et que la Dre I.\_\_\_\_\_ avait constaté une péjoration de son état de santé qui avait justifié l'annonce de la rechute à la fin août 2023. A titre de mesure d'instruction, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale par le tribunal portant sur les plans de l'orthopédie, de la neurologie et de la psychiatrie. Il a en outre requis la tenue d'une audience publique.

**b)** Dans sa réponse du 5 décembre 2023, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a relevé qu'en l'absence d'élément susceptible de remettre en cause les appréciations des médecins de la CRR et de son médecin d'arrondissement, les critiques formulées par l'assuré étaient mal fondées, si bien que son recours devait être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée, sans nécessiter la tenue d'une audience publique.

c) Dans sa réplique du 19 février 2024, l'assuré a fait verser à la cause les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 29 janvier 2024 du Prof. M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont la teneur était la suivante :

### Questions

- 1) Status  
Voir plus haut
- 2) Diagnostic(s)  
-Obésité

-Chute d'une hauteur de 3.5 m le 05.10.2020 sur le lieu de travail

Fracture peu déplacée processus transverses des vertèbres L2 G et L5 et S1 (sic) à D.

Fracture non déplacée des branches ischiopubiennes bilatérales.

Fracture non déplacée de l'épine iliaque postéro-supérieure D.

Instabilité horizontale et verticale du bassin symptomatique secondaire à une lésion de l'anneau pelvien type Tile C1.

Diastasis de la symphyse pubienne (8 mm) avec suspicion de désinsertion proximale des adducteurs droits.

Status post fixation par plaques symphyse pubienne.

Status post démontage de symphyse pubienne sur hypercontrainte + absence de consolidation symphysaire.

Status post éventration sous-ombilicale médiane postopératoire sur insuffisance des droites.

Status post intervention chirurgicale pour réduire l'éventration suspubienne.

Status post récidence éventration suspubienne postopératoire.

Status post arthrodèse symphyse par greffon tricortiqué et plaques.

Status post arthrodèse non consolidée symphyse pubienne.

Status post vissage non fusionné sacro-iliaque D.

Arthrose posttraumatique sacroiliaque D.

Status post prise de greffe et ostéosynthèse aile iliaque D.

Fracture non déplacée de l'épine iliaque postéro-supérieure D.

Radiculopathie de L5 D possible (ENMG).

Neuropathie post traumatique n. sciatique poplité externe D.

Neuropathie post traumatique n. génito-fémoral et ilio-hypogastrique.

Neuropathie post traumatique n. fémorocutané.

Hémangiome des corps vertébraux de C7 et T12.

Contusion du coude et épaule D.

Remodelage dégénératif de l'articulation acromioclaviculaire D.

Tendinopathie tendon supra-épineux épaule D avec discrète atrophie du corps musculaire et une infiltration graisseuse débutante de ce muscle D.

Tendinopathie long chef du biceps portion intraarticulaire, épaule D.

Déchirure labrale portion postéro-supérieure, épaule D.

-Etat dépressif

3) Limitations fonctionnelles :

Position prolongée assis ou debout pas possible plus 15-20 minutes. Port de charge limitée à 5 kg. Monter et descendre escaliers, échafaudages, échelles ou escabeau pas possible. Maniement d'outils (pelle, pioche) pas possible. Travail répétitif avec les bras au-dessus des épaules pas possible.

4) Capacité de travail (AA ou AH)

Capacité de travail nulle dans activité habituelle ou adaptée. En effet on ne voit comment [c]e patient peut travailler à une occupation lucrative avec une éventration massive suspubienne, une arthrose sacro-iliaque, une symphyse pubienne non consolidée et des troubles de la sensibilité au niveau de la cuisse et du pied D. De surcroit il présente une limitation douloureuse de la mobilité de l'épaule D sur une tendinopathie du supraépineux, du long chef du biceps et une arthrose acromioclaviculaire D. Toutes ces pathologies sont en lien avec l'accident du 05.10.2020.

5) IpAI (Taux) Selon les tables SUVA :

Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA table 1 (Révision 2000)

- Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs : Epaule D mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale ou périarthrite scapulo-humérale moyenne : **10%**

- Par analogie aux taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses : Arthrose sacro-iliaque ajoutée à l'instabilité de la symphyse pubienne : **30%**

- Selon la Table 9 Atteinte à l'intégrité en cas de lésions d'organes internes par accident ou maladie professionnelle (à l'exclusion des lésions pulmonaires, voir table 10) et en cas de transplantations d'organes solides : *Hernies de la paroi abdominale (hernies sur cicatrice ou inguinales) : Pour les hernies relativement grosses ou spectaculaires, on admettra une atteinte importante à l'intégrité lorsqu'elles ne peuvent raisonnablement être corrigées chirurgicalement, ce qui fait que la condition de la pérennité de la lésion est remplie.*

Dans ce cas une tentative de réparation s'est soldée par un échec (Opération du 18.01.2022) et le chirurgien (Pr [...]) émet l'avis qu'il ne recommande pas un nouveau geste à cause d'un risque important de récurrence. On peut estimer à **30%** l'atteinte à l'intégrité.

Au total un taux d'IpAI de **70%** paraît cohérent.

- 6) Pronostic  
Mauvais concernant une reprise d'une activité lucrative.
- 7) Traitement-thérapeutique suggérée.  
Antalgie, physiothérapie. Une reprise chirurgicale au niveau du bassin ou de la hernie expose le patient à une récurrence, notamment de la situation herniaire, et n'augmentera pas les possibilités de réinsertion professionnelle.;

- un rapport du 8 février 2024 du Dr D. \_\_\_\_\_ lequel évaluait la capacité de travail comme nulle en toute activité depuis l'accident du 5 octobre 2020 et retenait un pronostic très défavorable concernant la réintégration de l'assuré sur le marché du travail.

**d)** Dans sa duplique du 19 avril 2024, la CNA a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée, versant en la cause une appréciation médicale du 22 mars 2024 du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à laquelle elle se ralliait, qui estimait qu'il n'y avait aucun motif de s'écarter de l'évaluation médicale du 27 février 2023 du Dr E. \_\_\_\_\_.

**e)** L'assuré a déposé d'ultimes déterminations le 24 juin 2024.

### **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.** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement la question de savoir quelle est l'ampleur de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, respectivement le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**3. a)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023). 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)** Pour 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 9C\_39/2021 du 6 décembre 2021 consid. 3.2 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**c)** 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).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1).

**4. a)** 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. 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). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA).

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

**c)** L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**d)** 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 la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

**e)** En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA).

**5.** 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).

**6.** En l'occurrence, le recourant reproche à l'intimée de s'être basée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, elles-mêmes fondées sur le rapport de la CRR, lesquelles seraient dénuées de toute force probante.

**a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente diverses séquelles à la suite de son accident du 5 octobre 2020.

**aa)** Sur le plan somatique, le recourant a, malgré les interventions chirurgicales auxquelles il s'est soumis, présenté une

évolution défavorable de son état de santé. Lors du séjour à la CRR en août 2022, il décrivait des douleurs constantes situées aux niveaux de la symphyse, des deux plis inguinaux ainsi que de la sacro-iliaque centrale et latérale gauche et droite. Il se plaignait en outre d'une diminution de sensibilité, depuis l'opération au niveau sacro-iliaque droit, descendant au niveau de la fesse puis du côté latéral et légèrement antérieur de la cuisse droite puis à partir du tibia allant jusqu'au pied et le gros orteil, et ressentait, de temps en temps, une décharge électrique surtout au niveau du pied. Une probable radiculopathie de L5 droite avait été mise en évidence en cours de séjour (rapport du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 26 août 2022 ; rapport des Drs R. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ du 7 novembre 2022). La stabilisation du cas telle qu'attendue par les médecins de la CRR dans un délai d'un à deux mois après la sortie moyennant la poursuite du traitement ne s'est par ailleurs pas confirmée. Dans son rapport du 7 novembre 2022, le Dr F. \_\_\_\_\_ a fait état de douleurs du bassin multisites (symphysaire, abdominal et sacro-iliaque droite). L'infiltration de l'articulation sacro-iliaque droite réalisée courant novembre 2022 n'a pas amélioré la situation, aggravant au contraire la symptomatologie du recourant. De même, la composante neuropathique des plaintes a justifié la mise en route d'un traitement par Prégabaline qui n'a pas eu d'effet bénéfique (rapports du Dr P. \_\_\_\_\_ des 31 janvier et 15 février 2023). A cela s'ajoutait encore une symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule droite du recourant (rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 23 novembre 2020 ; rapport de la Dre I. \_\_\_\_\_ du 23 août 2023) ainsi qu'une problématique de hernies sous-ombilicales médianes récidivantes (rapport du M. \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2024 ; rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 8 février 2024).

**bb)** Au plan psychiatrique, le recourant a, selon l'avis des médecins consultés, développé un état anxiodépressif majeur de type stress post-traumatique avec ruminations de l'accident d'octobre 2020 et ses séquelles. Cet état se traduit par des symptômes tels qu'un moral bas, par des insomnies, par une perte de confiance ainsi que par des peurs et une anxiété par rapport à l'avenir professionnel (rapports du Dr D. \_\_\_\_\_ des 13 juin 2022 et 8 février 2024 ; rapport des Drs R. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_

du 7 novembre 2022 ; rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 31 janvier 2023 ; rapport du Prof. M. \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2024).

**cc)** Sur la base des différents rapports médicaux versés au dossier, il y a lieu de retenir que le recourant présente, dans les suites de son accident, des douleurs du bassin (à la fois au niveau de la symphyse pubienne, des plis inguinaux et de la sacro-iliaque), des douleurs de type neuropathique au membre inférieur droit (irradiant jusqu'à la plante du pied), des douleurs persistantes à l'épaule droite et une problématique de hernies sous-ombilicales médianes récidivantes, ainsi que des symptômes de la lignée anxio-dépressive.

**c)** Le séjour effectué à la CRR du 3 au 31 août 2022 et les observations qui ont été effectuées à cette occasion ont essentiellement porté sur la problématique des douleurs au bassin, ainsi que sur celle des douleurs de type neuropathique, à l'exclusion des autres problématiques susmentionnées. Il y a lieu de souligner par ailleurs le caractère contradictoire des observations concernant la présence d'une éventuelle symptomatologie psychiatrique, dès lors que la CRR retient d'un côté qu'il n'y a pas de trouble psychologique et d'un autre côté que la présence probable d'un trouble anxieux et dépressif influence négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le recourant.

**d)** Le rapport établi le 27 février 2023 par le Dr E. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément supplémentaire, dans la mesure où ce médecin se contente de reprendre les conclusions de la CRR.

**e)** Quant au Dr V. \_\_\_\_\_, il s'est concentré, dans son appréciation médicale du 22 mars 2024, sur la problématique relative aux douleurs de l'épaule droite, en soulignant en particulier la présence d'une arthrose acromio-claviculaire, sans toutefois examiner et discuter l'ensemble des atteintes mises en évidence dans le cadre de l'arthro-IRM du 22 août 2023 ainsi que l'évolution de la symptomatologie depuis l'accident.

**f)** En résumé, il convient de constater que la situation du recourant n'a pas fait l'objet d'une approche globale et exhaustive. Outre les contradictions relevées concernant la problématique psychologique, il y a lieu de mettre en évidence notamment que les conséquences liées aux hernies sous-ombilicales médianes récidivantes n'ont pas fait l'objet d'une analyse (également sous l'angle du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité) et que l'analyse de la problématique touchant l'épaule droite apparaît superficielle, dès lors qu'elle ne discute pas de la persistance depuis l'accident des douleurs rapportées par le recourant (lesquelles avaient été considérées comme étant en rapport de causalité avec l'accident [avis du Dr E. \_\_\_\_\_ du 11 janvier 2021]).

**g)** Cela étant, il convient de retenir que la décision attaquée repose sur des éléments insuffisants et qu'il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle complète l'instruction, aussi bien en ce qui concerne le droit à la rente que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au moyen d'une expertise pluridisciplinaire (laquelle devra à tout le moins inclure des volets orthopédique, neurologique, viscéral et psychiatrique). Dans ce contexte, il lui appartiendra notamment de déterminer les circonstances précises de l'apparition de la symptomatologie à l'épaule droite et son évolution dans le temps.

**h)** Compte tenu de l'issue du litige, la réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale devient sans objet. De même, il peut être renoncé à la tenue d'une audience publique dont on ne voit pas ce qu'elle pourrait apporter de plus en l'état actuel des choses.

**i)** Contrairement à ce que voudrait le recourant, la mise à la charge de l'intimée des frais du rapport médical du Prof. M. \_\_\_\_\_ ne se justifie pas en l'espèce. D'une part, les frais d'établissement de ce rapport n'ont pas été chiffrés au cours de la présente procédure de recours et, d'autre part, ledit rapport n'a pas apporté de constatations médicales déterminantes pour confirmer ou infirmer la position de l'intimée - laquelle était déjà sérieusement mise à mal par les nombreux rapports antérieurs

des médecins consultés par le recourant figurant au dossier –, si bien que ce rapport n'était pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA.

**7.** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision sur opposition litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**8. a)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA).

**b)** 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 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée.

**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 4 septembre 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au 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 A. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour A. \_\_\_\_\_),
- Me Antoine Schöni (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :