

S2 19 106

## **JUGEMENT DU 6 JUILLET 2022**

### **Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ;  
Véronique Largey, greffière

#### **en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat, 1951 Sion

#### **contre**

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA)**, 6002  
Lucerne, intimée, représentés par Maître Antoine Schöni, avocat, 2501 Biel/Bienne

(art. 17 al. 1 LPGA, révision de la rente d'invalidité ; art. 6 al. 1 LAA,  
causalité naturelle et adéquate en matière de troubles psychiques)

#### **Faits**

A. X \_\_\_\_\_, né en 1974, a été engagé le 18 août 2003 par A \_\_\_\_\_ SA en tant que manœuvre dans le chantier souterrain de percement du tunnel du Lötschberg. A ce titre, il était assuré conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Selon la déclaration d'accident du 29 mars 2004, le 23 mars précédent, l'assuré avait été victime d'un accident professionnel lorsqu'un bloc de caillou l'avait atteint à la tête et aux jambes. Les premiers soins avaient été prodigués aux urgences de B \_\_\_\_\_ et le travail interrompu à la suite de cet accident (pièces 1 et 4 du dossier original de la CNA, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées).

Selon la lettre de sortie du 13 avril 2004 relative au séjour de l'assuré à l'hôpital précité du 23 mars au 13 avril 2004, celui-ci avait été atteint lors de travaux dans le tunnel par un bloc rocheux d'environ quarante sur septante centimètres. Des contusions et des plaies ouvertes au niveau de la tête, de l'épaule et de l'avant-bras gauches ainsi que de la jambe gauche avaient été constatées. Il n'y avait eu ni perte de connaissance, ni nausées, ni vomissements. Les diagnostics suivants ont été posés : « 1. Accident de travail par choc d'une pierre avec fracture ouverte à deux étages de la jambe gauche, fracture du tiers moyen du radius gauche, plaies de contusions au front, au dos du nez et infra-orbitale à gauche. 2. Hématome macroscopique non infecté sur status après ostéosynthèse par plaque anatomique, le 23 mars 2004, d'une fracture ouverte proximale de grade II du tibia gauche ». Des thérapies ont été pratiquées comme suit : « 1. Réduction sanglante et ostéosynthèse par plaque au niveau du tibia. Réduction sanglante et ostéosynthèse par plaque du radius. Suture des plaies au visage le 23 mars 2004. 2. Curetage d'un hématome le 1<sup>er</sup> avril 2004 » (pièce 8).

Un consilium psychiatrique a eu lieu le 19 avril 2004 à C \_\_\_\_\_. Dans son rapport daté du lendemain, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir examiné ce patient de trente ans victime d'un accident potentiellement grave. Il a notamment relaté ce qui suit : « Son accident est intervenu durant son activité professionnelle. De manière très subite, il a été frappé par une pierre tombée d'une des machines. Il n'a pas perdu conscience et a d'emblée compris que son accident était grave. Durant la minute qui a suivi, il se souvient avoir été couché, avec la peur que d'autres pierres ne tombent sur lui. Aucun de ses collègues n'ayant vu l'accident, il a dû se déplacer sur plusieurs mètres avant de pouvoir attirer l'attention sur lui et être secouru. Par la suite, la prise en charge a été subjectivement bien vécue ». Ce

spécialiste a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (phase initiale, au décours) (F43.1) (pièce 13).

Le 28 avril 2004, l'assuré a répondu à un questionnaire de la CNA relatif aux circonstances de l'accident. Il a précisé que le 23 mars 2004, dans le tunnel du Lötschberg, une pierre de quatre-vingt kilos tombée d'un concasseur l'avait atteint alors qu'il était en train de passer sous l'engin (pièce 9).

En raison de douleurs et d'un déficit sensitivo-moteur au membre inférieur gauche, présent depuis le traumatisme, un examen neurologique a été effectué le 28 avril 2004 à C \_\_\_\_\_. Une neuropathie multiple post-traumatique au membre inférieur gauche a été diagnostiquée dans le rapport du 3 mai suivant (pièce 17).

Il a été procédé à une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse de la fracture du tibia gauche en date du 19 mai 2004 (pièce 15, recto).

Le 28 mai suivant, un débridement et une greffe de peau mince ont été pratiqués sur la zone cruentée de la face antérieure du tiers proximal de la jambe gauche (pièce 15, verso).

L'électro-neuro-myogramme (ci-après : ENMG) du 2 juin 2004 a confirmé la présence d'une neuropathie du nerf péronier gauche et du nerf saphène interne gauche, mais non du nerf tibial gauche, malgré la persistance d'un modeste déficit dans le territoire du muscle tibial postérieur. Selon le rapport correspondant établi le 16 juin suivant par le spécialiste de C \_\_\_\_\_, l'atteinte du nerf saphène était minime et le pronostic y relatif excellent. Quant à la neuropathie du nerf péronier, le pronostic fonctionnel à moyen terme était très bon. Les douleurs étaient bien contrôlées par la médication (pièce 19).

La lettre de sortie du 25 juin 2004 relative au séjour à C \_\_\_\_\_ du 14 avril au 15 juin précédents comporte les diagnostics suivants : « Accident de travail le 23 mars 2004 avec fracture ouverte de stade II de la jambe gauche correspondant à une fracture comminutive du tibia et du péroné, traitée en urgence par ostéosynthèse du tibia, fracture du tiers moyen du radius gauche ostéosynthésée en urgence et plaies au visage. Le 1<sup>er</sup> avril 2004, curetage d'un hématome de la jambe gauche. Neuropathies multiples (nerf péronier, nerf saphène interne, nerf tibial postérieur) du membre inférieur gauche. Déhiscence de la cicatrice du membre inférieur gauche avec exposition d'une vis d'ostéosynthèse. Ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse, le 19 mai 2004. Débridement et greffe de peau mince sur le membre inférieur gauche, le 28 mai 2004 ».

Ont également été mentionnées les comorbidités d'état de stress post-traumatique (phase initiale, au décours) et de pneumothorax traumatique gauche sept ans auparavant, ainsi que des douleurs déclarées importantes pendant le séjour, malgré une médication antalgique maximale, probablement exacerbées en partie par un état anxieux, et un épisode d'intoxication aux morphiniques au début de la prise en charge, se résolvant favorablement à l'arrêt de ceux-ci (pièce 20).

La capacité de travail dans la profession de tunnelier a été fixée à 0% (pièce 20 page 5 et pièces 21, 22, 23, 26, 27, 31, 33, 46, 49, 55, 60, 64, 65, 71, 75, 79, 84, 96, 131, 134, 136, 141, 148, 153, 155, 174, 192, 203, 211, 224, 234, 243, 250, 256, 257 et 265).

Le Dr E \_\_\_\_\_, médecin-chef du Service de chirurgie orthopédique et de médecine du sport de F \_\_\_\_\_, a rapporté le 11 octobre 2004 que son patient marchait avec deux cannes anglaises, qu'il n'avait pas de douleurs, que la plaie était en ordre et qu'une augmentation de la charge avait été instaurée. Il a ajouté que des séances de physiothérapie en piscine et à sec étaient en cours, que les consultations avaient lieu chaque deux mois et qu'au prochain contrôle du début décembre suivant, l'abandon des cannes serait évalué (pièce 27).

Dans son rapport du 10 décembre 2004, ce même spécialiste a précisé que l'assuré marchait toujours avec deux cannes, que la charge sur les membres inférieurs était de plus de trente kilos, que la zone de la fracture de la jambe gauche était en ordre mais qu'il y avait peu de signes de consolidation. Il a relevé également que l'état de l'avant-bras gauche était en ordre et que le traitement et le suivi mentionnés précédemment se poursuivaient (pièce 33).

Lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA le 27 janvier 2005, l'assuré a expliqué que le 23 mars 2004, sur le chantier de Ferden, une pierre était tombée d'une hauteur de trois mètres et l'avait atteint à la tête, puis avait fracturé le bras gauche et la jambe gauche. Il a signalé en outre qu'il faisait toujours des cauchemars depuis cet événement et qu'il souhaitait reprendre le suivi psychologique qui avait été arrêté à sa sortie de C \_\_\_\_\_ (pièce 40).

Selon une note du 14 février 2005, la CNA a accepté la prise en charge de ce suivi (pièce 42) et le 17 février suivant, l'assuré a été convoqué pour une consultation auprès d'un spécialiste de C \_\_\_\_\_ (pièce 45).

En date du 23 février 2005, le Dr E \_\_\_\_\_ a confirmé l'état satisfaisant de l'avant-bras. Il a indiqué que la fracture de la jambe n'était pas consolidée, qu'il y avait des

douleurs à la charge, que le traitement correspondait à de la marche en charge progressive, que des contrôles intervenaient chaque mois et que si les douleurs persistaient d'ici un mois, une reprise chirurgicale avec décortication et greffe se justifierait (pièce 46).

Le 7 mars 2005, le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à C \_\_\_\_\_, a confirmé le diagnostic d'état de stress post-traumatique mentionné lors du séjour dans ce même établissement. Il a estimé utile de prévoir une dizaine de séances de psychothérapie cognitivo-comportementale auprès d'une psychologue de son service (pièce 47).

Le scanner de la jambe gauche du 18 avril 2005 a montré une consolidation partielle de la fracture multi-fragmentaire de la diaphyse proximale du tibia et totale de la fracture diaphysaire proximale du péroné (pièce 54).

Le Dr G \_\_\_\_\_ a écrit à la CNA, le 20 avril 2005, que le tableau psychiatrique apparaissait en fait très fluctuant et que la symptomatologie d'état de stress post-traumatique était inconstante. D'après lui, il pouvait s'agir en l'occurrence d'une personnalité de type histrionique connue pour sa capacité à émettre des symptomatologies peu spécifiques et d'appréhension difficile, soit d'un trouble préexistant à l'accident que celui-ci aurait révélé. Une démarche réellement thérapeutique ne paraissant pas possible dans ce cas, il avait été décidé, d'entente avec le patient, de mettre fin au traitement après deux séances (pièce 53).

Dans son rapport du 24 avril 2005, le Dr E \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une pseudarthrose de la jambe gauche. En outre, la cicatrice était en ordre. Le patient marchait avec une canne. L'augmentation de la charge était instaurée en tant que traitement. Les consultations avaient lieu chaque deux mois. Une révision chirurgicale serait envisagée au prochain contrôle, en cas de persistance des douleurs (pièce 55).

Outre ces dernières informations, le Dr E \_\_\_\_\_ a mentionné, le 21 juin suivant, que l'assuré n'utilisait plus de canne à l'intérieur, que les douleurs avaient diminué et qu'une nouvelle imagerie était prévue pour le prochain contrôle (pièce 64).

Selon les différentes auditions d'enquête menées les 4 août, 3 octobre et 28 octobre 2005 par un inspecteur de la CNA au sujet des circonstances de l'accident du 23 mars 2004, le concasseur sur le chantier contenait des cailloux et tournait au ralenti lorsque l'assuré en avait reçu un qui était tombé de cette machine, alors qu'il descendait d'un tas de pierres placé devant le concasseur. Lorsqu'il était au sol, il avait constaté que le

concasseur était plein et qu'un autre caillou menaçait de tomber (pièces 6, 7 et 8 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

En date du 19 août 2005, le Dr E \_\_\_\_\_ a répété ses précédentes indications (pièce 65).

Selon le compte-rendu d'imagerie du 14 octobre 2005, les radiographies standards de la jambe gauche du 4 août 2005 et le scanner de la jambe gauche du 13 octobre suivant permettaient de constater une consolidation totale de la fracture diaphysaire supérieure du péroné et suggéraient la présence d'une algoneurodystrophie et d'une pseudarthrose (pièce 74).

Le Dr E \_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de pseudarthrose de la jambe gauche dans son compte-rendu établi le 25 novembre 2005. Il a également fait état d'une nette diminution de la boiterie et de la marche sans canne. Sous la rubrique relative au traitement, il a indiqué : « Attitude attentiste. Pas de reprise chirurgicale pour le moment », en ajoutant que les consultations étaient fixées chaque six semaines (pièce 75).

Le 23 janvier 2006, ce même spécialiste a diagnostiqué un retard de consolidation de la fracture ouverte du tibia gauche. Il a relevé une diminution des douleurs et de la boiterie et une marche sans canne. D'autre part, une cure de pseudarthrose n'était souhaitée ni par le patient ni par le chirurgien. Les contrôles avaient lieu tous les deux mois. La reprise du travail sur les chantiers semblait impossible (pièce 79).

Le lendemain de son examen du 14 février 2006, le médecin d'agence de la CNA a rapporté que radiologiquement, la fracture du tibia gauche n'était pas encore consolidée et que le cas ne pouvait pas encore être considéré comme stabilisé. L'extension dorsale du pied gauche, diminuée, était possible jusqu'en position neutre. L'assuré avait signalé des douleurs au côté interne de la jambe gauche, une limitation de la marche sans cannes à environ dix minutes à un quart d'heure sur terrain plat et des difficultés pour monter et descendre correctement les escaliers. Il n'y avait pas de douleurs au bras gauche qu'il pouvait utiliser normalement, ni de problème au niveau des cicatrices au visage, ni de maux de tête (pièce 82).

Par courrier du 19 juin 2006, le Dr E \_\_\_\_\_ a informé le médecin d'agence que radiologiquement, la consolidation de la fracture de la jambe n'était pas des plus extraordinaires, que pour la première fois à sa consultation, le patient arrivait néanmoins à marcher sans canne et que l'évolution était tout progressivement favorable. Il a précisé

en outre qu'après discussion du cas avec un confrère spécialiste dans un hôpital universitaire, une révision chirurgicale avait été jugée risquée car ce geste nécessitait dans le même temps une greffe d'un lambeau cutané. Il a ajouté qu'il envisageait la poursuite du traitement conservateur et qu'une reprise chirurgicale ne s'imposerait que si le matériel devait casser (pièce 89).

Le 4 octobre 2006, le Dr H \_\_\_\_\_, médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a posé les diagnostics principaux de pseudarthrose du tibia gauche, de fracture ouverte comminutive du tibia et du péroné gauches, traitée en urgence par ostéosynthèse du tibia, et de fracture de l'avant-bras gauche. Il a relevé que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale dès le 23 mars 2004 mais que dans une activité adaptée en position assise évitant le port de charge de plus de cinq kilos, les travaux lourds et la marche, une pleine capacité de travail était exigible dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005 (annexe à la pièce 102).

Par lettre du lendemain, l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI) a informé la CNA que l'exigibilité retenue par les médecins ne permettait pas d'aboutir à un taux d'invalidité suffisant pour reconnaître à l'assuré le droit à des mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité (pièce 102).

Dans son rapport du 12 décembre 2006 consécutif à l'examen du 22 novembre précédent, le médecin d'arrondissement de la CNA a relevé que l'assuré était encore gêné par des douleurs à la jambe gauche lorsqu'il marchait, qu'il lui manquait de la force dans toute la jambe gauche, que la mobilité du genou était normale mais que celle de la cheville était limitée, avec un déficit pour l'extension dorsale de quinze degrés. Il a constaté une utilisation normale et une force conservée du bras et de la main gauches, sans douleurs alléguées à ce niveau. Ce médecin a conclu qu'une reprise de travail dans l'activité antérieure à l'accident n'était plus exigible mais qu'un travail léger permettant l'alternance des positions assise et debout et évitant les déplacements en terrain irrégulier, l'utilisation d'échelles et d'échafaudages ainsi que le port de charges de plus de quinze à vingt kilos était exigible à plein temps et rendement (pièce 110).

Consulté le 20 février 2007, le Dr I \_\_\_\_\_ du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du J \_\_\_\_\_ a, dans un courrier adressé au médecin traitant le 22 février suivant, préconisé différents examens avant de procéder à l'intervention chirurgicale envisagée (pièce 125).

Le 5 mars 2007, le médecin d'arrondissement de la CNA a estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 12.5% en raison de la faiblesse musculaire de la jambe gauche,

soit à un quart du taux de 50% correspondant à une perte fonctionnelle totale d'un membre inférieur (pièce 124).

Selon la lettre de sortie du 7 juin 2007, l'assuré a été hospitalisé au J \_\_\_\_\_ du 20 mai au 4 juin 2007. Le 21 mai 2007, en raison d'une pseudarthrose infectée du tibia proximal gauche, il a été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse à ce niveau ainsi qu'au débridement, à la mise en place d'un espaceur en ciment et à la stabilisation par un fixateur externe du tibia gauche (pièce 144).

Une prescription de physiothérapie a été délivrée le 30 juillet 2007 par le spécialiste du J \_\_\_\_\_ (pièce 150).

Une lettre de sortie a été rédigée le 3 août 2007 en relation avec le séjour de l'assuré du 17 au 26 juillet 2007 au J \_\_\_\_\_, où l'ablation de l'espaceur et du fixateur externe ainsi que la mise en place d'une greffe iliaque avec ostéosynthèse par plaque Liss ont été effectuées le 18 juillet 2007 (pièce 147).

En date du 16 octobre 2007, de nouvelles séances de physiothérapie ont été accordées par le spécialiste du J \_\_\_\_\_ (pièce 154).

Le 14 novembre 2007, le Dr I \_\_\_\_\_ a rapporté que l'évolution était favorable, que le patient marchait toujours en charge partielle et qu'il décrivait une nette diminution des douleurs. La physiothérapie avec augmentation de la charge devait être poursuivie, conformément à la prescription établie la veille (pièces 153 et 158).

Dans son rapport du 28 février 2008, ce spécialiste a indiqué que le patient chargeait à quarante kilos, soit à la moitié de son poids, qu'il décrivait toujours des douleurs à la charge, au niveau du tibia distal comme proximal et que radiologiquement, il n'y avait pas de défaillance du matériel ni du montage. Le Dr I \_\_\_\_\_ a préconisé la continuation de la physiothérapie pour muscler la jambe et augmenter la charge selon les douleurs. Il a indiqué avoir vu son patient les 18 juin, 28 août, 16 octobre et 13 novembre 2007 ainsi que le 8 janvier 2008, date à laquelle il avait dressé un nouveau bon pour des séances de physiothérapie (pièces 174 et 181).

L'Office AI a, par décision du 7 avril 2008, octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005 (pièce 179).

Du 19 au 27 mai 2008, l'assuré a été hospitalisé au J \_\_\_\_\_ et le 19 mai 2008, il a été procédé à l'ablation de la plaque Liss, à une greffe osseuse massive du tibia et à la mise en place d'un clou T2 (pièces 190 et 191).

Selon les indications données le 17 septembre 2008 par le Dr I \_\_\_\_\_, l'évolution était lente, avec une amélioration du status local et une diminution de l'écoulement sur la cicatrice au niveau de la face latérale distale de la jambe. Le patient n'arrivait toujours pas à charger plus que cinquante kilos. Radiologiquement, de plus en plus de cal était visible mais il n'y avait pas encore de consolidation complète. Le traitement comportait de la physiothérapie, conformément aux prescriptions correspondantes des 27 mai et 9 septembre 2008 (pièces 206 et 217), et des soins locaux de la plaie. Des consultations avaient eu lieu les 4 mars et 29 avril 2008 ainsi que les 1<sup>er</sup>, 8, 11, 15, 22 et 29 juillet 2008 (pièces 192 et 203).

Le 14 octobre 2008, le Dr I \_\_\_\_\_ a écrit au médecin d'arrondissement de la CNA que l'évolution depuis la dernière opération du 19 mai 2008 avait été partiellement satisfaisante, avec une pseudarthrose en voie de consolidation, que les parties molles étaient en ordre, que le patient chargeait à cinquante kilos quasiment sans douleurs mais qu'il n'arrivait toujours pas à marcher en charge complète sur son membre inférieur gauche (pièce 208).

Ce médecin a émis un nouveau bon de physiothérapie le 11 novembre 2008 (pièce 222).

Le consilium psychiatrique tenu le 8 janvier 2009 à C \_\_\_\_\_ a révélé un status psychique normal et permis de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission sous traitement (F33.4) (pièce 229).

L'ENMG du 14 janvier 2009, également pratiqué à C \_\_\_\_\_, a permis de retenir que la composante neurogène à la problématique de limitations fonctionnelles douloureuses de la cheville et de la jambe était à considérer comme négligeable (pièce 230).

Le surlendemain de sa consultation orthopédique du 2 mars 2009 à C \_\_\_\_\_, le Dr K \_\_\_\_\_, médecin consultant spécialiste en chirurgie orthopédique, a rapporté que dans ce cas complexe de pseudarthrose, le patient ne progressait pas en rééducation, que les radiographies ne montraient aucune évolution de la consolidation ni la présence d'un véritable pincement interne, qu'il n'y avait pas d'explication pour les douleurs sur l'interligne interne et que les douleurs se situaient au foyer de la pseudarthrose. Il a ajouté que les gestes chirurgicaux à venir allaient être rediscutés avec un des spécialistes à C \_\_\_\_\_ et le Dr I \_\_\_\_\_ (pièce 232).

Dans son rapport du 12 mars 2009 portant sur sa consultation orthopédique du 9 mars précédent, le Dr K \_\_\_\_\_ a indiqué que l'image radiologique faisait état d'un retard

de consolidation clair, d'un varus métaphysaire assez important et d'un péronier qui était pris. Il a rappelé également que l'assuré ressentait des douleurs aux interlignes et au plateau internes ainsi qu'au foyer. Il a décrit les interventions qui avaient été décidées avec les autres spécialistes (pièce 233).

Selon la lettre de sortie du 2 avril 2009 relative au séjour de l'assuré du 7 janvier au 10 mars précédents à C \_\_\_\_\_, les médecins de cet établissement ont précisé que celui-ci avait été adressé pour complément de physiothérapie, mise en charge, sevrage de canne et début d'évaluation professionnelle. Ils ont ajouté qu'à l'admission, le patient avait signalé la persistance de douleurs à la jambe gauche, en régions médio-diaphysaires tibiales et supra-malléolaires internes gauches ainsi qu'aux compartiments interne et externe du genou, de type mécanique, à la mise en charge, lors de la décharge, au passage du pas mais non au repos, sans tuméfaction et évaluées à cinq sur dix sur l'échelle visuelle analogique d'évaluation de la douleur (ci-après : EVA). Ils ont relevé enfin que la situation médicale n'était pas stabilisée et qu'une reprise chirurgicale était prévue au J \_\_\_\_\_. Ils ont rappelé que l'incapacité de travail totale perdurait, que la liste des limitations fonctionnelles avait déjà été déterminée par le médecin d'arrondissement à l'issue de son examen du 22 novembre 2006 et que l'assuré n'avait pas droit à des mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité (pièce 234).

Une prescription de physiothérapie a été établie le 23 avril 2009 par le spécialiste de C \_\_\_\_\_ (pièce 238).

Du 29 avril au 7 mai 2009, l'assuré a été hospitalisé au J \_\_\_\_\_. En raison d'une pseudarthrose du tiers proximal du tibia gauche, une cure de pseudarthrose avec ablation du clou, décortication, greffe osseuse et ostéosynthèse par plaque a été pratiquée en date du 30 avril 2009 (pièces 242 et 243).

Lors de son séjour du 10 juin au 5 août 2009 à C \_\_\_\_\_, l'assuré a relaté le soulagement des douleurs post-opératoires par la médication antalgique prescrite, l'absence de douleurs nocturnes et d'état fébrile, la disparition des algies externes et antérieures et la diminution des douleurs de la malléole interne gauche par rapport à la situation pré-opératoire. A l'examen clinique, le patient marchait avec deux cannes anglaises, une charge partielle du membre inférieur gauche et un déroulement du pas. L'examen neurologique était dans la norme. En fin de séjour, celui-ci était indépendant pour les activités de la vie quotidienne. Il était capable de se déplacer sur de courtes distances avec une canne et de marcher sur des terrains variés à l'aide de deux cannes.

Objectivement, il n'y avait pas de modification des mobilités active et passive du genou et de la cheville gauches, avec une charge du membre inférieur gauche de quarante à cinquante kilos. Dans la lettre de sortie du 11 août 2009, les médecins de C \_\_\_\_\_ ont mentionné que la situation médicale n'était toujours pas stabilisée, confirmé une incapacité de travail totale en tant que tunnelier et souligné que les limitations fonctionnelles avaient déjà été énumérées dans les précédents rapports (pièce 250).

L'assuré a séjourné au J \_\_\_\_\_ entre le 9 et le 23 septembre 2009. Au vu d'une rupture de la plaque sur le tibia gauche, une nouvelle intervention a eu lieu le 10 septembre 2009, avec ablation de cette plaque, décortication, mise en place d'une greffe et pose d'un Ilizarov en compression (pièce 257).

Le traitement de physiothérapie a été poursuivi sur demande du spécialiste du J \_\_\_\_\_, datée du 11 octobre 2009 (pièce 258).

Dans son rapport du 22 janvier 2010, le Dr I \_\_\_\_\_ a précisé qu'une bonne consolidation de l'ancienne pseudarthrose avait été constatée et que l'ablation de l'Ilizarov allait bientôt pouvoir être effectuée. Il a ajouté que le patient continuait à suivre des séances de physiothérapie et qu'il avait été vu une fois par mois depuis sa dernière opération, à savoir les 27 octobre, 10 novembre et 15 décembre 2009 et le 12 janvier 2010. Le Dr I \_\_\_\_\_ a indiqué enfin qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la reprise du travail mais que le patient pourrait exercer une activité professionnelle adaptée, essentiellement sédentaire, à 80% au minimum (pièce 265).

L'Ilizarov a été ôté lors de l'intervention du 1<sup>er</sup> février 2010 (pièce 267).

Une demande de physiothérapie a été rédigée le 16 février 2010 par le spécialiste du J \_\_\_\_\_ (pièce 269).

Le 19 avril 2010, le Dr I \_\_\_\_\_ a rapporté une évolution tout à fait favorable chez son patient qui marchait avec une canne, presque sans douleurs sur terrain plat mais avec des douleurs débutantes en terrain accidenté. Ce spécialiste a précisé qu'une physiothérapie intensive de reconditionnement était en cours, que le dernier contrôle datait du 16 février précédent et qu'un nouveau rendez-vous était prévu pour le mois de mai. Il a fixé la capacité de travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> mars 2010 dans une activité adaptée, plutôt sédentaire et ne nécessitant pas de port de charges ou des contraintes majeures (pièce 270).

En date du 6 mai 2010, le médecin d'arrondissement de la CNA a considéré que le cas de l'assuré était suffisamment stabilisé et que l'exigibilité décrite à la suite de l'examen du 22 novembre 2006 était toujours d'actualité (pièce 271).

Une nouvelle série de séances de physiothérapie a été prescrite, le 11 mai 2010, par le spécialiste du J \_\_\_\_\_ (pièce 285).

Le 6 juin 2010, le médecin du SMR a rédigé une appréciation finale. Il a retenu le diagnostic principal de status après fracture ouverte du tibia gauche multi-opérée et le diagnostic associé sans répercussion sur la capacité de travail de fracture du membre supérieur gauche. Ce médecin a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité antérieure dès la date de l'accident et, à partir du 15 mars 2010, à une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, à laquelle correspondait le métier de chauffeur de taxi, permettant la position de travail assise ou alternée et évitant celles accroupie ou à genoux ainsi que les travaux depuis une échelle ou un échafaudage (pièce 282).

Dans son rapport du 21 juin 2010, le Dr I \_\_\_\_\_ a mentionné que le patient marchait à présent en charge complète sur son membre inférieur gauche, avec la persistance d'une petite boiterie et une diminution de la dorsiflexion qui était à dix degrés, et que radiologiquement, la fracture était désormais consolidée. Il a signalé également que le patient suivait encore occasionnellement des séances de physiothérapie mais qu'il devait plutôt faire essentiellement de l'auto-physiothérapie. Toujours selon les indications de ce spécialiste, la dernière consultation avait eu lieu le 11 mai 2010. Enfin, une reprise du travail à 100% était possible dans une activité adaptée au status post-traumatique grave du membre inférieur gauche (pièce 278).

En référence à son examen du 25 août 2010, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et traumatologie et médecin d'arrondissement de la CNA, a rapporté, le 30 août suivant, qu'en cas d'évolution toujours favorable, la liquidation du cas pouvait intervenir après la prochaine consultation auprès du Dr I \_\_\_\_\_. Il a retenu que l'assuré était à nouveau apte à travailler à 100% dans une activité légère et adaptée sans port de charges supérieures à dix kilos, ni marches prolongées, ni montées et descentes d'escaliers ou d'échelles et que les professions de chauffeur de taxi, de chauffeur-livreur de matériel léger ou de magasinier permettaient de tenir compte de ces limitations. Il a ajouté enfin que la précédente estimation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité demeurait inchangée et que d'éventuels traitements ultérieurs pouvaient être pris en charge conformément à l'article 21, lettres b et c LAA (pièce 288).

Dans un prononcé daté 6 septembre 2010, l'Office AI a formellement nié le droit de l'assuré à un reclassement au sens de l'article 17 LAI (pièce 292).

Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2010, l'Office AI a supprimé, à compter du 1<sup>er</sup> février 2011, la rente entière servie depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005 (pièce 300).

**B.** Le 7 janvier 2011, la CNA a formellement refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité et lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12.5%, soit de 13 350 francs (pièce 309).

Cette décision a été confirmée par décision sur opposition rendue le 30 mars 2011 par la CNA (pièce 318).

Par jugement prononcé le 3 janvier 2012 en la cause S2 11 44, la Cour de céans a rejeté le recours formé contre cette dernière décision (pièce 319).

Dans son arrêt du 9 novembre 2012 en la cause 8C\_145/2012, le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté contre le jugement précité, annulé ce jugement et renvoyé la cause à la Cour de céans pour nouveau jugement, en particulier sur le revenu sans invalidité (pièce 229 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Le 10 juin 2013, celle-ci a rendu un nouveau jugement en la procédure S2 12 204. Elle a annulé les décisions de la CNA des 7 janvier et 30 mars 2011 et reconnu, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de 36% (pièce 259 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Le recours formé contre ce dernier jugement a été rejeté par le Tribunal fédéral par arrêt du 14 avril 2014 en la cause 8C\_516/2013 (pièce 322).

Par décision du 16 mai 2014, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 36% à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010, fondée sur un gain annuel assuré de 93 316 fr., soit un montant de 2239 fr. 60 par mois (pièce 323).

**C.** Lors d'un entretien du 23 novembre 2015 à l'Office AI, l'assuré a indiqué avoir suivi des formations continues, obtenu un brevet professionnel dans la sécurité ainsi que la patente de cafetier et travailler sur appel, à raison de trois heures par jour environ, en tant qu'employé de sécurité, dans le transport de détenus uniquement. Il s'est en outre plaint d'une mauvaise ambiance au travail, de jalousie de la part de ses collègues, d'épuisement psychique et de sentiments de dévalorisation (pièce 309 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

En dates des 20 décembre 2016 et 7 avril 2017, l'Office AI a informé l'assuré qu'une mesure de réinsertion sous forme d'un entraînement à l'endurance serait pris en charge du 16 janvier au 16 avril 2017, puis du 17 avril au 16 juillet 2017 (pièces 317 et 320 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Le 4 juillet 2017, le Dr I \_\_\_\_\_ a rapporté avoir reçu l'assuré pour une évaluation de son genou gauche. Selon les indications de ce spécialiste, la dernière consultation datait du 6 janvier 2015. Le patient se portait alors bien, il avait recommencé à travailler et la mobilité du genou était bonne. Par la suite, l'évolution avait été difficile, avec une décompensation psychique et un épuisement ayant nécessité l'arrêt de toute activité professionnelle. Quelques semaines auparavant, l'assuré avait ressenti des douleurs, un craquement et des blocages occasionnels au niveau du genou gauche, en l'absence de traumatisme. L'examen du jour avait montré une situation favorable. D'un point de vue purement orthopédique, le patient pouvait même reprendre le travail dans les tunnels et un autre rendez-vous n'avait pas été prévu (pièce 331 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Par décision du 13 octobre 2017, l'Office AI a refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel (pièce 326 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

L'assuré a déclaré à un collaborateur de la CNA, le 19 octobre 2017, qu'il ressentait de temps à autre des douleurs au genou et au tibia gauches, même au repos, qu'après l'octroi de la rente d'assurance-accidents, la situation ne s'était pas améliorée, qu'elle ne s'était pas non plus péjorée et qu'il n'avait plus de traitement ni de contrôles médicaux pour sa jambe gauche. Il a ajouté que depuis l'accident, il souffrait d'un état dépressif, qu'à cause de cet état, il ne parvenait plus à assumer un emploi, que d'après ses souvenirs peu précis, il avait cessé la dernière activité d'agent de sécurité en avril 2016 environ et qu'à compter de cette période, il n'avait plus travaillé. Il a précisé également qu'il avait récemment été hospitalisé pour une grave dépression et qu'à son avis, cette affection était une conséquence directe de l'accident (pièce 327 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Par décisions des 29 novembre 2017 et 15 février 2018, l'Office AI a alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai 2016 puis une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, le versement de la rente entière d'invalidité étant toutefois suspendu du 1<sup>er</sup> mai au 30 juin 2017 au profit du versement de l'indemnité journalière. Cet office a fait état d'une incapacité totale de travail justifiée médicalement, depuis le 6 janvier 2016,

dans l'activité habituelle d'agent de sécurité (pièces 333 et 336 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Sur la base de sa consultation orthopédique du 18 décembre 2017, le Dr K \_\_\_\_\_ a rapporté, le surlendemain, que l'évolution était dans l'ensemble favorable à distance d'une fracture gravissime du fémur gauche, avec un trait de fracture descendant jusque dans les condyles. Il a ajouté que si le valgus s'aggravait fortement ou si les douleurs devenaient invalidantes, l'éventualité d'une prothèse du genou, peu probable toutefois dans les années à venir, serait alors à discuter. Il a mentionné d'autre part que le patient avait pu se sevrer progressivement des contre-douleurs et des anti-inflammatoires et qu'à l'heure actuelle, il prenait un gramme de paracétamol, pas tous les jours et en fonction des conditions météorologiques ou des douleurs (pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

**D.** Le 11 juin 2018, l'assuré, représenté par Me Michel De Palma, a déposé auprès de la CNA une requête en révision de la décision du 16 mai 2014. Se référant à différents avis médicaux, il a allégué avoir subi, en sus des atteintes physiques, une dégradation progressive de sa santé psychique ensuite de l'accident du 23 mars 2004 (pièce 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Etaient annexés à cette écriture des rapports établis les 12 juillet et 2 décembre 2016 au sein du N \_\_\_\_\_, dans lesquels figuraient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.10) et de trouble anxieux, sans précision (F41.9), ainsi qu'une incapacité totale de travail à compter de janvier 2016. Y était en outre expliqué que les symptômes avaient commencé d'une manière insidieuse depuis l'accident de travail de 2004, lequel avait entraîné des séquelles physiques importantes ainsi que plusieurs opérations chirurgicales, qu'ils étaient devenus beaucoup plus importants dès les années 2007-2008, que cet accident et ses suites avaient probablement constitué un facteur précipitant du trouble dépressif et que les séquelles accidentelles en étaient un facteur d'entretien. Il était précisé également que le patient avait travaillé trois ans en tant que transporteur de détenus auprès d'une société active dans la sécurité et que depuis l'été 2014, il avait vécu des tensions relationnelles dans le cadre de cet emploi (pièce 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

A l'appui de sa requête, l'assuré a également produit la lettre de sortie du 13 novembre 2017 relative à son hospitalisation du 14 août au 29 septembre 2017 dans le Département de Psychiatrie et Psychothérapie de O \_\_\_\_\_. Au cours de ce séjour, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique

(F33.10), un trouble obsessionnel compulsif avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan (F42.0) et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0, état de stress post-traumatique) ont été diagnostiqués. Selon l'anamnèse exposée dans ce rapport, le patient avait décrit un état dépressif en péjoration constante, apparu en 2004 à la suite d'un grave accident de travail lors duquel il avait cru et failli mourir. Depuis lors, il avait constaté une tristesse et une anxiété quasiment constantes, de même que de grandes difficultés dans les relations sociales. Au vu de la péjoration progressive de l'état du patient et de l'importance du risque suicidaire, la psychiatre traitante avait adressé celui-ci pour une prise en charge hospitalière. La symptomatologie était très certainement secondaire à l'état de stress post-traumatique lié à l'accident de 2004, non traité et encore très présent, et conduisait à retenir notamment le diagnostic de modification durable de la personnalité, marquée par des traits obsessionnels et paranoïaques absents avant cet accident (pièce 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Le Dr L \_\_\_\_\_ a réexaminé l'assuré en date du 12 décembre 2018. D'après le rapport correspondant du 17 décembre suivant, celui-ci n'avait pas de plaintes particulières pour tous les actes de la vie quotidienne et, sur le plan somatique, il se sentait capable de reprendre une activité adaptée à plein temps et avec un rendement normal. Il prenait occasionnellement des antalgiques. Son problème était essentiellement psychologique et il se trouvait en incapacité totale de travail pour raison psychiatrique. Le médecin d'arrondissement de la CNA a constaté qu'au niveau organique, il n'y avait aucune aggravation de l'état de santé depuis le dernier examen du 25 août 2010 ni de péjoration de l'atteinte à l'intégrité retenue dans la décision du 7 janvier 2011. Il a conclu que la capacité de travail dans la profession de tunnelier exercée au moment de l'accident était définitivement nulle mais que l'assuré pouvait exercer à plein temps et avec un rendement normal toute activité adaptée sans marche prolongée ou en terrain accidenté, ni port de charges supérieures à dix voire quinze kilos de façon répétée, ni montée et descente d'escaliers ou d'échelles de façon répétée (pièce 353 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Le 31 décembre 2018, le Dr P \_\_\_\_\_ du cabinet médical de psychiatrie et psychothérapie Q \_\_\_\_\_ Sàrl, a adressé un rapport à l'Office AI. Il a indiqué suivre l'assuré depuis le 24 janvier 2018, à raison d'une consultation tous les quatorze jours, pour une thérapie spécialisée d'un PTSD (« post traumatic stress disorder » ou « syndrome de stress post-traumatique ») demandée par la psychiatre traitante que le patient voyait également chaque deux semaines. Ce spécialiste a énuméré les

diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), d'état de stress post-traumatique (F43.1) depuis 2004 et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) depuis 2004. Il a relevé entre autres que le patient présentait des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement et des réveils fréquents provoqués par des cauchemars en lien avec son accident. Le Dr P \_\_\_\_\_ a rappelé qu'une rente entière de l'assurance-invalidité avait été octroyée depuis 2016 et indiqué également que le pronostic était réservé (pièce 370 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

En date du 21 mai 2019, l'assuré a été examiné par le Dr R \_\_\_\_\_, médecin psychiatre auprès de la CNA. Dans son rapport du 11 juin suivant, ce spécialiste a résumé les antécédents de l'assuré sur la base des pièces communiquées, en particulier du dossier d'assurance-invalidité, et exposé les éléments anamnestiques ainsi que les plaintes subjectives et une journée-type du patient. A cet égard, le sommeil était notamment décrit comme irrégulier, avec des cauchemars au cours desquels un rocher tombait sur l'assuré qui avait alors peur qu'un autre rocher l'atteignît et l'écrasât. Des flash-backs survenant de manière variable étaient aussi relatés. Le psychiatre de la CNA a ensuite rapporté les constatations faites lors de son examen et diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne, un état de stress post-traumatique et une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe. Dans le cadre de son appréciation, il a enfin discuté ces trois diagnostics et conclu à un lien de causalité naturelle pour le moins probable entre les troubles psychiques invoqués et l'événement du 23 mars 2004. Concernant la causalité naturelle, il a relevé l'absence de pathologie psychiatrique précédant l'accident, en dépit d'une certaine vulnérabilité sous forme d'une personnalité histrionique, selon le Dr G \_\_\_\_\_, et d'éléments extérieurs, tels qu'un travail sans formation spécifique et la séparation d'avec les grands-parents par lesquels l'assuré avait été élevé et chez lesquels il avait vécu jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. Toujours selon le Dr R \_\_\_\_\_, dans ce contexte, la survenue d'un accident professionnel par la chute d'un rocher ayant entraîné une fracture du tibia avait pu justifier l'apparition de troubles psychiatriques. Par la suite, l'assuré avait, dans un premier temps, présenté une évolution favorable en reprenant une activité professionnelle puis, à partir de 2015, une péjoration progressive à cause de problèmes au travail (harcèlement, « mobbing ») ayant réactivé la psychopathologie antérieure. Depuis lors, l'évolution avait été négative malgré les diverses prises en charge (pièce 371 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

E. Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2019, la CNA a refusé de revoir à la hausse, en application de l'article 17 LPGA, la rente d'invalidité précédemment octroyée à l'assuré. Elle a relevé que selon le rapport de son service médical du 12 décembre 2018, il n'y avait pas d'aggravation notable de la situation depuis la stabilisation médicale des séquelles accidentelles en août 2010 et qu'en ce qui concernait les troubles psychiques présentés, la causalité adéquate avec les suites de l'accident du 23 mars 2004 devait être niée.

Le 27 août 2019, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a allégué qu'aux termes des documents médicaux spécialisés rapportés dans son écriture, il avait, à la suite de son accident, développé non seulement des troubles orthopédiques à l'origine d'une incapacité de gain de 36%, mais également des troubles psychiques. Il a estimé d'autre part que l'accident du 23 mars 2004 était grave, qu'il s'était produit dans des circonstances particulièrement risquées qui avaient mis sa vie en danger et qu'au cours de cet accident, il avait cru qu'il allait mourir. De plus, il avait présenté un retard de consolidation osseuse de la fracture du tibia gauche, subi de nombreuses interventions chirurgicales et effectué plusieurs séjours à C \_\_\_\_\_. Il n'avait enfin plus pu reprendre d'activité lucrative pendant sept ans. L'assuré a déduit de ces éléments qu'il existait un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques et que l'incapacité de gain de 36% devait ainsi être augmentée en conséquence. Il a conclu à la prise en charge par la CNA de tous les frais liés à ces derniers troubles ainsi qu'à un nouveau calcul de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en considération de ceux-ci.

Dans sa décision sur opposition du 14 octobre 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 1<sup>er</sup> juillet précédent. Elle a exposé que les principes jurisprudentiels de l'ATF 115 V 133 applicables à l'examen de la causalité adéquate entre des troubles psychiques et un événement accidentel n'étaient guère adaptés aux cas de rechute ou de séquelles tardives, dans lesquels une apparition voire une exacerbation desdits troubles était constatée, étant donné que la jurisprudence en question se référait à l'accident lui-même ainsi qu'à ses suites directes et que certains critères avaient une composante dynamique susceptible d'évoluer au fil des années. Elle a ajouté que dans ces cas de figure, il convenait d'analyser la question de la causalité adéquate également sous l'angle de la définition générale de cette notion. Selon les constatations de la CNA, depuis l'octroi de la rente d'invalidité le 1<sup>er</sup> décembre 2010, l'assuré avait non seulement été en mesure de réussir divers examens théoriques mais aussi d'exercer le métier psychologiquement exigeant d'agent de sécurité pendant plusieurs années. Il ressortait en outre des comptes-rendus des psychiatres qu'un

contexte professionnel de plus en plus pesant et difficile à gérer ainsi que des circonstances personnelles contraignantes avaient fortement contribué à la détérioration de l'état psychique à l'origine d'un arrêt total de travail dès janvier 2016. Sur le seul plan physique, l'assuré n'avait plus de traitement médical depuis longtemps, hormis la prise occasionnelle d'antalgiques. Il ne présentait pas de douleurs au repos ni de douleurs météo-dépendantes. Il s'estimait d'autre part physiquement capable de reprendre une activité adaptée à plein temps. La CNA a conclu qu'au vu du temps écoulé, soit près de onze ans, entre la survenance de l'accident et l'apparition de troubles psychiques invalidants, de l'absence de traitement médical et de douleurs physiques, de l'exercice d'une activité adaptée durant plusieurs années, les troubles psychiques à l'origine de la demande de révision de rente n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

**F.** Le 15 novembre 2019, X \_\_\_\_\_ a interjeté recours céans contre la décision sur opposition du 14 octobre précédent en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et à la prise en charge par la CNA de tous les frais liés aux troubles psychiques dès la date de l'accident du 23 mars 2004 ainsi que, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 80% au minimum rétroactivement au 23 mars 2004 en considération de ces troubles et à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50% au minimum en considération de ces troubles et, subsidiairement, au renvoi du dossier à la CNA, dans le sens des considérants, pour nouveau calcul et paiement rétroactif de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le recourant a repris les arguments déjà avancés dans son opposition du 27 août 2019. Il a invoqué au surplus que, conformément à l'analyse du Dr R \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 juin 2019, il n'avait aucun antécédent psychiatrique, qu'après l'accident du 23 mars 2004, il avait présenté une fragilité psychique contrôlée par un suivi spécialisé et une médication d'antidépresseurs, que ses troubles psychiques avaient fluctué depuis cet accident et qu'ils s'étaient finalement amplifiés au point d'entraîner un arrêt de travail. Toujours selon le recourant, cette évolution expliquait pourquoi il avait tout de même été capable de suivre des formations et de travailler en tant qu'agent de sécurité mais n'avait pas été en mesure de faire face aux différentes pressions professionnelles et personnelles. L'intervalle de onze ans entre la survenance de l'accident du 23 mars 2004 et l'apparition de troubles psychiques invalidants démontrait simplement qu'il ne s'était jamais remis, ni physiquement ni psychologiquement, des suites de cet événement accidentel. Il n'était de surcroît pas correct de la part de la CNA de relever l'absence de douleurs physiques, alors qu'il percevait une rente d'invalidité de 36% pour ses séquelles somatiques. Enfin, la gravité de l'accident avait provoqué chez lui des cauchemars et

des flash-backs qui avaient justifié un séjour en établissement psychiatrique pour trouble dépressif récurrent, trouble obsessionnel compulsif et état de stress post-traumatique, puis une incapacité totale de travail. L'évaluation globale de sa situation conduisait par conséquent à admettre une relation de causalité adéquate entre l'accident et les affections psychiques actuelles.

Le recourant a d'autre part déposé deux comptes-rendus d'entretiens psychiatriques. L'un a eu lieu le 24 mars 2010 auprès de l'Unité ambulatoire de psychiatrie de S \_\_\_\_\_. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), a alors été posé. Dans l'anamnèse, des cauchemars en rapport avec l'accident, des flash-backs occasionnels, une reviviscence toujours présente d'événements traumatiques depuis l'accident et une grande motivation pour commencer une activité professionnelle dans la restauration ont été relevés. Il est ressorti de la discussion que le patient ne souffrait plus de syndromes post-traumatiques et qu'il avait un caractère travailleur (pièce 3 produite par le recourant). L'autre entretien s'est tenu au N \_\_\_\_\_ le 29 avril 2013. Les hypothèses diagnostiques de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00) et de probable trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), ont été évoquées. Un suivi antérieur de mars 2010 à février 2011, de grandes difficultés – notamment administratives et judiciaires – dans les suites d'un accident de travail survenu des années plus tôt et une nouvelle demande d'aide en raison d'une péjoration de l'humeur ont également été mentionnés (pièce 4 produite par le recourant).

Dans sa réponse du 30 janvier 2020, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Se référant à l'appréciation du Dr R \_\_\_\_\_ du 11 juin 2019, elle a rappelé que celui-ci avait retenu une relation de causalité naturelle pour le moins probable entre l'événement du 23 mars 2004 et les troubles psychiques invoqués. Elle a ajouté qu'il en allait différemment de la question de la causalité adéquate. Elle a fait valoir que cet aspect avait été examiné à juste titre sous l'angle de sa définition générale. L'accident s'était en effet produit le 23 mars 2004 et elle avait rendu sa décision de rente le 16 mai 2014, soit plus de dix ans après, en considération des séquelles physiques uniquement. Il n'était alors pas question de troubles psychiques. Compte tenu des éléments déjà relevés dans la décision attaquée et répétés dans sa réponse au recours, l'intimée a estimé que tout lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel du 23 mars 2004 et lesdits troubles devait être écarté. Contrairement à l'allégation du recourant, le long intervalle de près de onze ans

entre la survenue de l'accident et l'apparition des affections psychiques incapacitantes ne permettait finalement pas de déduire que celui-ci ne s'était jamais remis de l'accident.

Le recourant a formulé des observations en date du 26 février 2020. Il a tout d'abord constaté que l'intimée avait admis l'existence actuelle de troubles psychiques. Il a ensuite insisté sur le fait que ces troubles, attestés médicalement, n'étaient pas présents avant l'accident du 23 mars 2004, qu'ils avaient fluctué depuis lors sans l'empêcher de se réinsérer progressivement dans le monde professionnel, qu'ils s'étaient toutefois notablement aggravés à l'apparition de difficultés au travail et dans sa vie privée, qu'ils avaient alors nécessité la reprise d'une thérapie et qu'ils avaient fini par conduire à la cessation de toute activité lucrative. Il a conclu que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, l'accident du 23 mars 2004 était propre à entraîner des conséquences psychiques, en sus des atteintes physiques existantes, et que l'intimée devait en tenir compte dans la fixation de la rente d'invalidité.

Le 29 avril 2020, l'intimée a complété sa précédente argumentation. Elle a souligné que le recourant s'était gardé de relever les nombreux facteurs complètement extérieurs à l'accident, lesquels avaient induit une péjoration de l'état de santé psychique de celui-ci puis une incapacité de travail. En 2005 déjà, le Dr G \_\_\_\_\_ avait indiqué que le diagnostic de stress post-traumatique ne pouvait plus être retenu mais que le patient présentait une personnalité de type histrionique, antérieure à l'accident. Avant la dégradation en question, le recourant avait terminé avec succès des formations et exercé une activité lucrative et c'était directement après des événements professionnels et privés difficiles vécus par celui-ci que la situation s'était aggravée jusqu'à conduire à une incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique. En conséquence, la dégradation de la santé psychique du recourant ne se trouvait plus dans un rapport de causalité avec l'accident de 2004 mais avec des problèmes totalement extérieurs et subséquents à celui-ci.

Dans son écriture du 23 juin 2020, le recourant a encore souligné que selon divers avis médicaux, dont celui que le psychiatre-conseil de la CNA avait émis à l'issue de son examen du 21 mai 2019, les troubles psychiques dont il souffrait étaient en lien de cause à effet pour le moins probable avec l'accident de 2004 et qu'étant donné cette probabilité, les critères jurisprudentiels posés pour l'admission de la causalité adéquate étaient remplis. Il a en outre déposé des documents médicaux datant des 12 et 16 mars 2020 ainsi que du 17 mai suivant concernant une entorse de grade III du ligament latéral externe de la cheville droite, ainsi qu'une communication de l'Office AI du 11 mai 2020 l'informant du maintien de la rente versée sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Il

en a déduit qu'il devrait subir à vie les conséquences, également orthopédiques, de l'accident.

Par courrier du 14 juillet 2020, l'intimée a indiqué qu'elle renonçait à déposer de nouvelles observations.

L'échange d'écritures a été clos le lendemain.

### **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 15 novembre 2019, le présent recours contre la décision sur opposition du 14 octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.1 Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que la CNA a refusé de revoir à la hausse, en application de l'article 17 LPGA, la rente d'invalidité précédemment octroyée à l'assuré. Il convient plus particulièrement d'examiner si les troubles psychiques incapacitants présentés par le recourant, lesquels sont susceptibles de constituer un motif de révision au sens de cette disposition, sont ou non en lien de causalité adéquate avec l'accident du 23 mars 2004.

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021).

Si la LAA n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). La notion de causalité naturelle entre un événement assuré et une atteinte à la santé, telle qu'explicitée par la jurisprudence topique, a déjà été rappelée

tant dans la décision contestée que dans le mémoire de recours. Il peut donc y être fait référence, en soulignant toutefois qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé mais qu'il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_473/2020 du 19 janvier 2021 consid. 3.2).

Conformément à la jurisprudence, l'examen de l'adéquation s'effectue, en cas d'événement terrifiant (« Schreckereignis ») sans blessures physiques, selon la formule générale d'adéquation (ATF 129 V 177), en cas de traumatismes par « coup du lapin », de blessures équivalentes et de traumatisme cranio-cérébraux selon la pratique dite du « coup du lapin » (ATF 134 V 109) et, pour le reste, selon les principes développés pour les troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_437/2021 du 25 novembre 2021 consid. 2.5 paru *in* SVR 2022 UV Nr. 14).

Pour procéder à la classification de l'accident, 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. Sont déterminantes les forces générées par celui-ci et non pas les conséquences qui en résultent ni d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident. De tels facteurs doivent le cas échéant être pris en compte lors de l'examen des critères de causalité adéquate (ATF 140 V 356 consid. 5.1, RAMA 1995 p. 90 consid. b, ATF 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5, arrêt précité 8C\_437/2021 consid. 5.1.1 et les références, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3, 8C\_236/2016 du 11 août 2016 consid. 3.2 et 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.1 et les références).

Tel qu'exposé correctement dans la décision querellée et l'écriture de recours, en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident, le lien de causalité adéquate doit d'emblée être nié lorsque l'événement accidentel est insignifiant ou de peu de gravité mais admis en cas d'accident grave. En présence d'un accident de gravité moyenne qui ne peut être qualifié ni d'insignifiant ni de grave, la réponse à la question de la causalité adéquate ne dépend pas uniquement de l'accident lui-même. Il convient également de prendre en compte d'autres circonstances objectives en relation directe ou indirecte avec celui-ci. Il peut être renvoyé à ces critères déjà énumérés dans les deux actes précités. Lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie des accidents graves, il n'est pas nécessaire que

soient réunis dans chaque cas tous les critères objectifs posés par la jurisprudence, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate (ATF 117 V 359 consid. 6b et 115 V 133 consid. 6c/bb, arrêts précités 8C\_437/2021 consid. 5.2 et les références et 8C\_657/2013 consid. 5.1). D'autre part, trois critères au moins doivent être remplis pour admettre un lien de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne au sens étroit et des troubles psychiques subséquents, ou alors un seul mais de manière particulièrement marquante (ATF 117 V 359 consid. 6b et 115 V 133 consid. 6c/bb, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_131/2021 du 2 août 2021 consid. 6.2 paru *in* SVR 2022 UV Nr. 3, 8C\_632/2018 du 10 mai 2019 consid. 8.3 paru *in* SVR 2019 UV Nr. 41, 8C\_533/2017 du 17 avril 2018 consid. 3.2 et 8C\_516/2017 du 6 février 2018 consid. 5.4).

Enfin, au considérant 5.3.1 de l'ATF 148 V 138, le Tribunal fédéral s'est exprimé en ces termes au sujet du critère de la durée anormalement longue du traitement médical : « 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 (arrêt 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 et la référence). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et que mises à part lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêt 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). En revanche, elle l'a admis dans le cas d'un assuré qui, hospitalisé du 15 décembre 2011 au 5 janvier 2012, avait subi trois interventions chirurgicales du coude gauche, puis une ablation du fixateur externe le 7 février 2012, une ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrolyse du coude le 19 novembre 2013 nécessitant une hospitalisation jusqu'au 19 décembre suivant et enfin une opération de neurolyses des nerfs ulnaire et médian au coude et poignet gauches le 10 février 2015 ; l'assuré avait en outre séjourné à la Clinique de réadaptation D. pendant un peu plus d'un mois pour une évaluation multidisciplinaire et professionnelle (arrêt 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.2). Le critère a également été admis dans le cas d'une longue et pénible convalescence sur une période de vingt-et-un mois impliquant trois interventions chirurgicales ayant tenu l'assuré loin de chez lui pendant près de cinq mois à compter de l'accident, puis deux autres opérations pratiquées par la suite pour enlever le matériel

d'ostéosynthèse et nécessitant encore deux semaines de rééducation intensive (arrêt 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.2) ».

**2.2.1** Dans sa duplique du 29 avril 2020, l'intimée a semblé remettre en cause l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 23 mars 2004 et les affections psychiatriques actuelles du recourant. Elle a argué que la dégradation de la santé psychique de celui-ci était due à des problèmes totalement extérieurs et subséquents audit événement accidentel. Elle a pourtant rappelé, dans sa réponse du 30 janvier 2020, la teneur de l'appréciation que son propre psychiatre-conseil avait rédigée le 11 juin 2019 (pièce 371 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Dans cette appréciation cohérente, motivée et convaincante, qui répond ainsi aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante d'un rapport médical, le Dr R \_\_\_\_\_ a conclu à la probabilité d'une relation de causalité naturelle entre l'événement du 23 mars 2004 et les troubles psychiques diagnostiqués, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne, un état de stress post-traumatique et une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe. A l'instar de la CNA dans l'écriture précitée du 29 avril 2020, ce spécialiste a bien tenu compte de facteurs étrangers à cet événement, soit d'une certaine vulnérabilité antérieure à l'accident, sous forme d'une personnalité histrionique selon le Dr G \_\_\_\_\_, d'éléments extérieurs tels qu'un emploi sans formation spécifique et la séparation d'avec les grands-parents, d'une évolution tout d'abord favorable avec la reprise d'une activité professionnelle puis, à partir de 2015, d'une péjoration progressive à cause de problèmes au travail (harcèlement, « mobbing ») ayant réactivé la psychopathologie antérieure. C'est le lieu de répéter ici qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé mais qu'il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci.

Il est au surplus établi et il n'est du reste pas contesté que l'assuré a présenté des troubles psychiques dans les suites immédiates de l'accident du 23 mars 2004 et qu'à tout le moins en partie, ces troubles ont été mis en lien avec l'accident par les spécialistes consultés (rapport du Dr D \_\_\_\_\_ du 20 avril 2004, sous pièce 13 et lettre de sortie de C \_\_\_\_\_ du 25 juin 2004, sous pièce 20 : « état de stress post-traumatique [phase initiale, au décours] [F43.1] » ; confirmation par le Dr G \_\_\_\_\_, le 7 mars 2005, du diagnostic d'état de stress post-traumatique, sous pièce 47 ; courrier du Dr G \_\_\_\_\_ du 20 avril 2005, sous pièce 53 : « tableau psychiatrique très fluctuant ;

symptomatologie d'état de stress post-traumatique inconstante ; possible personnalité de type histrionique, préexistante à l'accident mais révélée par celui-ci »). Une note du 14 février 2005 fait d'ailleurs état de l'accord de prise en charge, par la CNA, du suivi de ces troubles (pièce 42). Selon les explications données le 20 avril 2005 par le Dr G \_\_\_\_\_, ce traitement s'est néanmoins terminé après deux séances, d'entente avec le patient (pièce 53). Il ressort d'autre part des évaluations du N \_\_\_\_\_ des 12 juillet et 2 décembre 2016 (pièce 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA), de la lettre de sortie de O \_\_\_\_\_ du 13 novembre 2017 et des informations transmises le 31 décembre 2018 à l'Office AI par le Dr P \_\_\_\_\_ (pièce 370 du dossier numérisé et imprimé de la CNA) que des diagnostics tels qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans syndrome somatique (F33.10), un trouble anxieux, sans précision (F41.9), un trouble obsessionnel compulsif avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan (F42.0), un état de stress post-traumatique (F43.1) ou une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0, état de stress post-traumatique) ont finalement conduit à une incapacité totale de travail à compter de janvier 2016. Or, l'influence de l'accident de travail de 2004 dans le développement des affections psychiatriques diagnostiquées a été soulignée dans chacun de ces rapports. Comme le recourant l'a lui-même reconnu dans ses écritures judiciaires, les symptômes en question ont, certes, été contrôlés grâce aux thérapies instaurées et celui-ci a donc pu terminer avec succès des formations et exercer, durant quelques années, l'activité d'agent de sécurité chargé du transport de détenus (pièces 309 et 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). L'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré a effectivement été constatée lors du consilium psychiatrique tenu le 8 janvier 2009 à C \_\_\_\_\_ (pièce 229 : « status psychique normal, diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission sous traitement [F33.4] ») et des entretiens du 24 mars 2010 au sein de S \_\_\_\_\_ (pièce 3 produite par le recourant : « absence de syndromes post-traumatiques, diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission [F33.4] ») puis du 29 avril 2013 au N \_\_\_\_\_ (pièce 4 produite par le recourant : « hypothèses diagnostiques de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique [F33.00] et de probable trouble de la personnalité, sans précision [F60.9] »). Il n'en reste pas moins que, même plus de onze après sa survenance, l'accident du 23 mars 2004 constitue toujours une cause, en tout cas partielle, des troubles psychiques actuellement incapacitants du recourant.

**2.2.2.1** Dans la décision entreprise puis sa réponse du 30 janvier 2020, la CNA a exposé que les principes jurisprudentiels de l'ATF 115 V 133, lesquels s'appliquent à l'examen de la causalité adéquate entre des troubles psychiques et un événement accidentel,

n'étaient guère adaptés aux cas de rechute ou de séquelles tardives et que dans ces circonstances-là, il convenait d'analyser la question de la causalité adéquate également sous l'angle de la définition générale de cette notion.

Cette assertion ne peut être suivie par la Cour. En effet, le Tribunal fédéral a encore récemment eu l'occasion de rappeler, au considérant 2.5 de l'arrêt précité 8C\_437/2021, que l'examen de l'adéquation selon la formule générale de la causalité adéquate ne s'effectuait que dans les cas d'événement terrifiants (« Schreckereignisse »), sans blessures physiques. La présente affaire ne portant pas sur un tel état de fait ni sur un traumatisme par « coup du lapin », l'analyse de la causalité adéquate doit bel et bien intervenir sur la base des principes développés par l'ATF 115 V 133 concernant des troubles psychiques consécutifs à un accident. A noter que ces principes sont plus stricts que la définition générale de l'adéquation.

**2.2.2.2** Il convient ainsi de qualifier l'accident du 23 mars 2004 selon son degré de gravité, sur la seule base objective du déroulement de celui-ci. Il ressort de la déclaration d'accident LAA du 29 mars 2004 que le 23 mars précédent, l'assuré avait été victime d'un accident professionnel lorsqu'un bloc de caillou l'avait atteint à la tête et aux jambes (pièce 1). Il a été indiqué dans la lettre de sortie de B \_\_\_\_\_, établie le 13 avril 2004, que le patient avait été atteint lors de travaux dans le tunnel par un bloc rocheux d'environ quarante sur septante centimètres (pièce 8). Le Dr D \_\_\_\_\_ a rapporté, en date du 20 avril 2004, que l'accident potentiellement grave était intervenu durant l'activité professionnelle de l'assuré et que, de manière très subite, celui-ci avait été frappé par une pierre tombée d'une des machines (pièce 13). Dans ses réponses à la CNA du 28 avril 2004, l'assuré a mentionné que le 23 mars 2004, dans le tunnel du Lötschberg, une pierre de quatre-vingt kilos tombée d'un concasseur l'avait atteint alors qu'il était en train de passer sous le concasseur (pièce 9). Dans le cadre d'un entretien du 27 janvier 2005 avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a encore précisé que le 23 mars 2004, sur le chantier de Ferden, une pierre était tombée d'une hauteur de trois mètres et l'avait atteint à la tête, puis avait fracturé le bras gauche et la jambe gauche (pièce 40). Selon les différentes auditions d'enquête menées les 4 août, 3 octobre et 8 octobre 2005 par un inspecteur de la CNA au sujet des circonstances de l'accident du 23 mars 2004, le concasseur sur le chantier contenait des cailloux et tournait au ralenti lorsque l'assuré en avait reçu un qui était tombé de cette machine, alors qu'il descendait d'un tas de pierres placé devant le concasseur (pièces 6, 7 et 8 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Etant donné la force générée par un bloc de rocher d'environ quarante sur septante centimètres, pesant quatre-vingt kilos et tombé d'une hauteur de trois mètres, l'accident du 23 mars 2004 pourrait déjà être considéré comme grave, ce qui conduirait donc à admettre, sans autre examen, le lien de causalité adéquate avec les troubles psychiques actuels.

**2.2.2.3** Si l'événement accidentel en question est classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, mais à la limite de celle des accidents graves, il suffit alors qu'un seul des critères objectifs énuméré par la jurisprudence soit rempli pour reconnaître l'existence d'un tel lien.

Celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques l'est sans nul doute. En effet, l'incapacité de travail dans l'activité antérieure de tunnelier a été totale dès le jour de l'accident, et ce de manière définitive (pièce 20 page 5 et pièces 21, 22, 23, 26, 27, 31, 33, 46, 49, 55, 60, 64, 65, 71, 75, 79, 84, 96, 131, 134, 136, 141, 148, 153, 155, 174, 192, 203, 211, 224, 234, 243, 250, 256, 257 et 265). De surcroît, non seulement le recourant n'a jamais plus été apte à reprendre ce travail, mais il s'est également écoulé plus de six ans, depuis la date de l'accident, jusqu'à ce que le médecin d'arrondissement de la CNA, dans son avis du 6 mai 2010 (pièce 271), le médecin du SMR, dans son appréciation finale du 6 juin suivant (pièce 282), puis les Drs I \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_, dans leurs rapports respectifs des 21 juin (pièce 278) et 30 août 2010 (pièce 288), finissent par conclure à une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, dès le 15 mars 2010 de l'avis du médecin du SMR. En date du 4 octobre 2006, une telle capacité avait déjà été jugée exigible par ce médecin, à compter même du 1<sup>er</sup> octobre 2005 (annexe à la pièce 102) et, le 12 décembre 2006, par le médecin d'arrondissement de la CNA également (pièce 110). Ces évaluations se sont néanmoins révélées prématurées puisque la situation médicale n'était en fait pas stabilisée et que par la suite, entre le 21 mai 2007 et le 1<sup>er</sup> février 2010, le recourant a subi pas moins de six opérations au niveau de son tibia gauche (pièces 144, 147, 190, 242, 257 et 267).

**2.2.2.4** A supposer que l'événement du 23 mars 2004 soit qualifié d'accident de gravité moyenne *stricto sensu*, trois circonstances objectives au minimum doivent être données pour l'admission de la causalité adéquate entre un événement de cette gravité et des affections psychiques subséquentes, ou alors une seule mais de manière particulièrement marquante.

Au vu des explications qui précèdent, tel est le cas du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, de sorte qu'un rapport de causalité adéquate peut aussi retenu en considération de cette qualification de l'accident.

**2.2.2.5.1** De toute manière, l'existence d'autres critères jurisprudentiels se vérifie également en l'espèce. Comme l'assuré lui-même l'a invoqué dans son opposition du 27 août 2019 et son recours du 15 novembre suivant, l'accident du 23 mars 2004 est survenu de manière particulièrement impressionnante pour lui. Le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident doit donc être retenu.

D'après ses déclarations lors du consilium psychiatrique du 19 avril 2004 à C \_\_\_\_\_, après avoir été frappé de manière très subite par une pierre tombée de l'une des machines, le recourant n'a pas perdu conscience et a d'emblée compris que son accident était grave. Durant la minute qui a suivi, il s'est souvenu avoir été couché, avec la peur d'être atteint par d'autres blocs de rocher. Aucun de ses collègues n'ayant vu l'accident, il a dû se déplacer sur plusieurs mètres avant de pouvoir attirer l'attention sur lui et être secouru (pièce 13). L'absence de perte de connaissance a bien été confirmée dans la lettre de sortie de B \_\_\_\_\_ du 13 avril 2004 (pièce 8).

L'assuré a précisé, lors de l'entretien du 3 octobre 2005 avec un inspecteur de la CNA, qu'il avait reçu un caillou tombé du concasseur qui tournait au ralenti et qu'une fois au sol, il avait constaté que le concasseur était plein et qu'un autre caillou menaçait de tomber (pièce 7 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Au cours de son hospitalisation du 14 août au 29 septembre 2017 en établissement psychiatrique, il a relaté un état dépressif en péjoration constante, apparu en 2004 à la suite d'un grave accident de travail lors duquel il avait cru et failli mourir (pièce 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Il est vrai que si le bloc de rocher décrit ci-dessus avait touché le recourant en pleine tête, l'issue aurait fort probablement été fatale. Des flash-backs et des cauchemars, dans lesquels un rocher tombait sur l'assuré qui avait alors peur qu'un autre rocher l'atteignît et l'écrasât, ont au demeurant été relevés dans le rapport du Dr R \_\_\_\_\_ du 11 juin 2019 (pièce 371 du dossier numérisé et imprimé de la CNA) et le compte-rendu de l'entretien psychiatrique du 24 mars 2010 à S \_\_\_\_\_ (pièce 3 produite par le recourant).

**2.2.2.5.2** Il ressort des rapports du Dr E \_\_\_\_\_ des 10 décembre 2004 (pièce 33) et 25 février 2005 (pièce 46) ainsi que de ceux rédigés les 15 février (pièce 82) et 12 décembre 2006 (pièce 110) par le médecin d'arrondissement de la CNA que les

contusions et les plaies ouvertes au niveau de la tête et de l'épaule du côté gauche, de même que la fracture du radius gauche traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse par plaque le jour de l'accident (pièce 8), se sont résorbées sans problème particulier et n'ont pas laissé de séquelles. Elles ne sauraient donc être considérées comme graves.

Il en a été autrement de la fracture ouverte à deux étages de la jambe gauche (pièce 8) correspondant plus précisément, selon la lettre de sortie de C \_\_\_\_\_ du 25 juin 2004, à une fracture comminutive du tibia et du péroné (pièce 20). En date du 21 juin 2010, le Dr I \_\_\_\_\_ a conclu à une reprise du travail à 100% dans une activité adaptée au status post-traumatique grave du membre inférieur gauche (pièce 278). Faisant état de ses constatations lors de la consultation orthopédique du 18 décembre 2017, le Dr K \_\_\_\_\_ a, quant à lui, relevé que l'évolution était dans l'ensemble favorable à distance d'une fracture gravissime du fémur gauche, avec un trait de fracture descendant jusque dans les condyles (pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Il a aussi été question de séquelles physiques importantes dans le rapport du N \_\_\_\_\_ du 12 juillet 2016 (pièce 339 du dossier numérisé et imprimé de la CNA). Relativement à cette fracture de la jambe gauche, la gravité des lésions physiques est en l'occurrence aussi établie.

**2.2.2.5.3** Il en va de même de la durée anormalement longue du traitement médical. En comparaison avec les deux cas cités à titre d'exemples de reconnaissance de ce critère au considérant 5.3.1 de l'ATF 148 V 138, celui-ci ne peut qu'être admis dans la présente affaire et, de surcroît, qualifié de particulièrement marquant.

L'assuré a en effet été hospitalisé à six reprises, subi onze opérations et séjourné trois fois à C \_\_\_\_\_ pour y suivre un programme de rééducation, du 14 avril au 15 juin 2004 (pièce 20), du 7 janvier au 10 mars 2009 (pièce 234) puis du 10 juin au 5 août 2009 (pièce 250). Lors de la première hospitalisation du 23 mars au 13 avril 2004, trois interventions ont été pratiquées, à savoir, le jour de l'accident, une réduction sanglante et une ostéosynthèse par plaque au niveau du tibia ainsi qu'une réduction sanglante avec une ostéosynthèse par plaque du radius puis, le 1<sup>er</sup> avril 2004, un curetage d'hématome (pièce 8). En date du 19 mai 2004, il a été procédé à une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse de la fracture du tibia gauche (pièce 15, recto) et, le 28 mai suivant, à un débridement et à une greffe de peau mince sur la zone cruentée de la face antérieure du tiers proximal de la jambe gauche (pièce 15, verso). La deuxième hospitalisation, du 20 mai au 4 juin 2007, a servi à effectuer, le 21 mai 2007, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au tibia proximal gauche et le débridement, la mise en place d'un espaceur en ciment puis la stabilisation par un fixateur externe à ce niveau (pièce

144). Durant la troisième hospitalisation du 17 au 26 juillet 2007, l'espaceur ainsi que le fixateur externe ont été ôtés et une greffe iliaque avec une ostéosynthèse par plaque Liss ont été pratiquées le 18 juillet 2007 (pièce 147). Le premier jour de la quatrième hospitalisation du 19 au 27 mai 2008, l'ablation de la plaque Liss, une greffe osseuse massive du tibia et la mise en place d'un clou T2 ont été pratiquées (pièces 190 et 191). La cinquième hospitalisation s'est déroulée du 29 avril au 7 mai 2009 en vue de la cure de pseudarthrose intervenue le 30 avril 2009, avec ablation du clou, décortication, greffe osseuse et ostéosynthèse par plaque (pièces 242 et 243). La sixième hospitalisation du 9 au 23 septembre 2009 a comporté, le 10 septembre 2009, de nouveaux gestes chirurgicaux, soit l'ablation de la plaque, une décortication, la mise en place d'une greffe et la pose d'un Ilizarov en compression (pièce 257). L'Ilizarov a été enlevé au cours de l'opération du 1<sup>er</sup> février 2010 (pièce 267).

Même si, selon la jurisprudence, ces éléments ne suffisent pas en soi à fonder le critère en question, il convient de relever au passage les innombrables consultations médicales et séances de physiothérapie auxquelles le patient s'est rendu depuis son accident jusqu'à la consultation orthopédique du 18 décembre 2017 auprès du Dr K \_\_\_\_\_ (pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA), lesquelles ressortent des prescriptions et rapports correspondants des Drs E \_\_\_\_\_ (pièces 27, 33, 46, 55, 64, 75, 79 et 89), I \_\_\_\_\_ (pièces 125, 150, 153, 154, 158, 174, 181, 192, 203, 206, 208, 217, 222, 238, 258, 265, 269, 270, 278 et 285 ; pièce 331 du dossier numérisé et imprimé de la CNA) et K \_\_\_\_\_ (pièces 232 et 233 ; pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

**2.2.2.5.4** Les déclarations de l'assuré au sujet des douleurs au membre inférieur gauche ont varié au fil du cas (« douleurs bien contrôlées par la médication » dans le rapport d'ENMG du 16 juin 2004, sous pièce 19 ; « douleurs déclarées importantes pendant le séjour, malgré une médication antalgique maximale et avec un épisode d'intoxication aux morphiniques au début de la prise en charge » dans la lettre de sortie de C \_\_\_\_\_ du 25 juin 2004, sous pièce 20 ; « pas de douleurs » dans le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ du 11 octobre 2004, sous pièce 27 ; « douleurs à la charge » dans le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ du 23 février 2005, sous pièce 46 ; « douleurs persistantes » dans le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ du 24 avril 2005, sous pièce 55 ; « douleurs en diminution » dans les rapports du Dr E \_\_\_\_\_ des 21 juin 2005, sous pièce 64, 19 août 2005, sous pièce 65 et 23 janvier 2006, sous pièce 79 ; « douleurs au côté interne de la jambe gauche » dans le rapport du médecin d'agence de la CNA du 15 février 2006, sous pièce 82 ; « douleurs à la marche » dans le rapport du médecin

d'arrondissement de la CNA du 12 décembre 2006, sous pièce 110 ; « douleurs en nette diminution » dans le rapport du Dr I \_\_\_\_\_ du 14 novembre 2007, sous pièce 153 ; « douleurs à la charge, au niveau du tibia distal comme proximal » dans le rapport du Dr I \_\_\_\_\_ du 28 février 2008, sous pièce 174 ; « douleurs aux interlignes et au plateau internes ainsi qu'au foyer de la pseudarthrose » dans les rapports du Dr K \_\_\_\_\_ des 4 et 12 mars 2009, sous pièces 232 et 233 ; « douleurs persistantes, en régions médio-diaphysaires tibiales et supra-malléolaires internes gauches ainsi qu'aux compartiments interne et externe du genou, de type mécanique, à la mise en charge, lors de la décharge, au passage du pas mais non au repos, sans tuméfaction et évaluées à cinq sur dix sur l'EVA » dans la lettre de sortie de C \_\_\_\_\_ du 2 avril 2009, sous pièce 234 » ; « douleurs post-opératoires soulagées par la médication antalgique prescrite, pas de douleurs nocturnes, plus d'algies externes et antérieures, douleurs de la malléole interne gauche en diminution par rapport à la situation pré-opératoire » dans la lettre de sortie de C \_\_\_\_\_ du 11 août 2009, sous pièce 250 ; « presque pas de douleurs à la marche sur terrain plat mais douleurs débutantes en terrain accidenté » dans le rapport du Dr I \_\_\_\_\_ du 19 avril 2010, sous pièce 207 ; « douleurs, craquement et blocages occasionnels au niveau du genou gauche » dans le rapport du Dr I \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2017, sous pièce 331 du dossier numérisé et imprimé de la CNA ; « douleurs occasionnelles au genou et au tibia gauches, même au repos » dans les déclarations de l'assuré à la CNA le 19 octobre 2017, sous pièce 327 du dossier numérisé et imprimé de la CNA ; « douleurs non invalidantes » dans le rapport du Dr K \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2017, sous pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA).

Au cours de son séjour à C \_\_\_\_\_ du 7 janvier au 10 mars 2009, soit presque cinq ans après l'accident du 23 mars 2004, le recourant se plaignait donc toujours de douleurs à la jambe gauche, douleurs qu'il a tout de même évaluées à cinq sur dix sur l'EVA (pièce 234). Selon ses réponses du 4 juillet 2017 au Dr I \_\_\_\_\_ (pièce 331 du dossier numérisé et imprimé de la CNA), du 19 octobre suivant à la CNA (pièce 327 du dossier numérisé et imprimé de la CNA) et du 18 décembre 2017 au Dr K \_\_\_\_\_ (pièce 335 du dossier numérisé et imprimé de la CNA), ces douleurs, bien qu'occasionnelles et non invalidantes, persistaient plus de treize ans et demi après l'événement accidentel, même au repos, et s'étaient étendues au genou gauche. Il convient ainsi de retenir le critère des douleurs physiques persistantes.

**2.2.2.5.5** Des difficultés au cours de la guérison et des complications importantes sont d'autre part survenues en relation avec la fracture ouverte proximale de grade II du tibia

gauche. Aux termes des lettres de sortie de B \_\_\_\_\_ du 13 avril 2004 (pièce 8) et de C \_\_\_\_\_ du 25 juin 2004 (pièce 20), un hématome macroscopique non infecté est apparu à ce niveau après la réduction sanglante et l'ostéosynthèse par plaque du tibia pratiquées le jour de l'accident. Cet hématome a nécessité un curetage le 1<sup>er</sup> avril 2004.

D'après cette dernière lettre de sortie et les résultats de l'examen neurologique ainsi que de l'ENMG respectivement effectués les 28 avril et 2 juin 2004 à C \_\_\_\_\_, une neuropathie post-traumatique du nerf péronier gauche, du nerf saphène interne gauche et du nerf tibial postérieur gauche a ensuite été mise en évidence (pièces 17, 19 et 20). Le pronostic relatif à ces neuropathies multiples était cependant très bon voire excellent. Dans la lettre de sortie du 25 juin 2004, une déhiscence de la cicatrice du membre inférieur gauche, avec exposition d'une vis d'ostéosynthèse, a également été rapportée (pièce 20). Le Dr E \_\_\_\_\_ a toutefois indiqué, les 11 octobre 2004 et 24 avril 2005, que la plaie, puis la cicatrice, était en ordre (pièces 27 et 55).

Entre le 10 décembre 2004 et le 22 janvier 2010, les différents spécialistes en charge du cas de l'assuré (pièces 33, 46, 79, 89, 203, 208, 232, 233 et 250), de même que le médecin d'arrondissement de la CNA (pièce 82), ont déploré un retard dans la consolidation de la fracture du tibia gauche, contrairement à celle du péroné gauche, sur la base de l'imagerie (pièces 54 et 74). Dans son rapport du 24 avril 2005, le Dr E \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une pseudarthrose de la jambe gauche (pièce 55), diagnostic qu'il a confirmé le 25 novembre suivant (pièce 75) et qui a été repris par le médecin du SMR dans son rapport du 4 octobre 2006 (annexe à la pièce 102). Cette pseudarthrose du tibia proximal gauche s'est infectée et a motivé l'hospitalisation au J \_\_\_\_\_ du 20 mai au 4 juin 2007, au cours de laquelle il a été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse à ce niveau ainsi qu'au débridement, à la mise en place d'un espaceur en ciment et à la stabilisation par un fixateur externe du tibia gauche (pièce 144). L'ENMG du 14 janvier 2009 a permis de retenir que la composante neurogène à la problématique de limitations fonctionnelles douloureuses de la cheville et de la jambe était à considérer comme négligeable (pièce 230). Une cure de pseudarthrose avec ablation du clou, décortication, greffe osseuse et ostéosynthèse par plaque a encore été pratiquée en date du 30 avril 2009 au J \_\_\_\_\_ (pièces 242 et 243). L'examen neurologique effectué lors du séjour du 10 juin au 5 août 2009 à C \_\_\_\_\_ s'est finalement révélé être dans la norme (pièce 250). L'assuré a encore séjourné au J \_\_\_\_\_ entre le 9 et le 23 septembre 2009. A cause d'une rupture de la plaque sur le tibia gauche, une nouvelle opération a eu lieu durant cette hospitalisation,

avec ablation de cette plaque, décortication, mise en place d'une greffe et pose d'un Ilizarov en compression (pièce 257).

Ce n'est que dans ses rapports des 22 janvier, 19 avril et 21 juin 2010 que le Dr I \_\_\_\_\_ a enfin constaté une bonne consolidation de l'ancienne pseudarthrose (pièces 265, 270 et 278). La liquidation du cas a alors pu intervenir, en considération de l'état de santé désormais stabilisé, par l'appréciation finale du médecin du SMR en date du 6 juin 2010 (pièce 282) puis par le compte-rendu de l'examen final du 25 août 2010 auprès du médecin d'arrondissement de la CNA (pièce 288). Etant donné la durée de presque six ans qui a été nécessaire pour obtenir la consolidation de la fracture du tibia gauche, les circonstances objectives des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes sont à qualifier de marquantes.

**2.2.2.5.6** Au final, seul le critère des erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'est en l'occurrence pas rempli.

Sur les sept critères objectifs développés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident moyennement grave, les six autres doivent être retenus *in casu*. Trois d'entre eux, soit la durée anormalement longue du traitement médical, les complications importantes et le degré ainsi que la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques se sont au surplus manifestés de façon marquante.

**2.2.3** En conséquence, il existe un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel du 23 mars 2004 et les affections psychiques du recourant.

Par surabondance de moyens, un tel lien devrait également être retenu en référence à la définition générale, plus large, de la causalité adéquate. En effet, le 23 mars 2004, le recourant a été heurté sur la partie gauche du corps par un bloc de rocher d'environ quarante sur septante centimètres, pesant quatre-vingt kilos et tombé d'une hauteur de trois mètres. Au cours de cet accident, il a cru et failli mourir. Un tel événement apparaît ainsi propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner des troubles psychiques du genre de ceux diagnostiqués en date du 11 juin 2019 par le psychiatre-conseil de l'intimée, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne, un état de stress post-traumatique et une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (pièce 371 du dossier numérisé et imprimé par la CNA), même si des facteurs extérieurs audit événement accidentel ont concouru au développement des troubles en question.

Partant, le recours est admis et les décisions de la CNA des 1<sup>er</sup> juillet et 14 octobre 2019 sont annulées. Le dossier est renvoyé à l'intimée afin qu'elle statue sur les prestations dues au recourant en relation avec les troubles psychiques présentés par celui-ci.

**3.1** Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA).

**3.2** Au vu de l'issue de la cause, la recourante a droit à des dépens à charge de l'intimé (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 *a contrario* LPJA, art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar).

Me De Palma, conseil du recourant, a déposé en la présente cause un recours étayé, deux brèves déterminations, respectivement sur la réponse de six pages de l'intimée puis sur la duplique de deux pages, six courriers et une vingtaine de copies dans un dossier, certes volumineux, mais qui lui était déjà connu en raison de procédures antérieures et qui portait sur une question bien spécifique. Les dépens qui lui sont dus par l'intimée sont ainsi fixés à 2000 fr., débours et TVA compris (art. 27 al. 5 LTar), en considération du tarif horaire moyen fixé par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_510/2021 du 13 mai 2022).

### **Prononce**

1. Le recours est admis et les décisions des 1<sup>er</sup> juillet et 14 octobre 2019 sont annulées.  
Le dossier est renvoyé à l'intimée afin qu'elle statue sur les prestations dues au titre des troubles psychiques présentés par le recourant.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à X \_\_\_\_\_  
une indemnité de 2000 francs pour ses dépens.

Sion, le 6 juillet 2022