

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mai 2010

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Jomini et Dind
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

U._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Alain Sauteur, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA; 4 LPGA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après: l'assuré), né en 1970, a travaillé pour le compte de la société E._____ SA en qualité de manoeuvre sur chantier; à ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 19 juillet 2005, il a été victime d'un accident qui a fait l'objet d'une déclaration LAA du 26 juillet 2005. Selon cette déclaration, à 6h45, alors qu'il était baissé, un camion a reculé sans que son chauffeur ne l'ait vu et lui a coincé la jambe droite contre un mur. Il a été admis le jour même à l'hôpital I._____, à [...], pour une affection ostéo-articulaire subie suite à l'accident et a quitté cet établissement le lendemain.

La Dresse N._____, médecin généraliste FMH, a, dans un rapport médical LAA du 3 juillet 2005, posé le diagnostic de contusion massive du MID avec énorme hématome. A son sens, l'assuré ne présentait aucun facteur particulier susceptible d'influencer défavorablement le cours de la guérison et le traitement aurait dû prendre fin un mois après la date de rédaction du rapport. Selon les certificats médicaux établis par la même Dresse N._____, l'assuré se trouvera dans l'incapacité totale de travailler du 19 juillet au 2 octobre 2005.

Par courrier du 23 août 2005, la société E._____ SA a annoncé à l'assuré la résiliation de son contrat de mission auprès de la société T._____ Sàrl pour le 26 août 2005.

Du rapport médical intermédiaire établi le 4 octobre 2005 par la Dresse N._____, on extrait ce qui suit:

"Evolution très lentement favorable. Le 30 septembre, le mollet est devenu souple mais reste douloureux à la palpation profonde. Aucune atteinte vasculaire ou neurologique n'est à signaler. Selon le patient, les escaliers restent difficiles pour lui ainsi que la marche prolongée."

Selon la Dresse N._____, le traitement en cours (physiothérapie) devait probablement prendre fin début novembre 2005.

La Dresse M._____, spécialiste FMH en rhumatologie et remplaçant le médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu ce qui suit dans un rapport du 23 décembre 2005:

"EXAMEN CLINIQUE:

Il s'agit d'un assuré en excellent état général, collaborant, droitier. Il déambule sans boiterie. Il peut marcher sur les pointes et les talons, ceci provoque une douleur assez médiane à la face postérieure du mollet droit, en regard d'une zone cicatricielle. Il peut sautiller en appui monopodal alterné, s'agenouiller et s'accroupir sans difficulté apparente.

L'examen en décubitus montre des artères perçues symétriquement, il n'y a pas d'oedème, d'asymétrie de la pilosité ou d'asymétrie de sudation ni de chaleur locale.

On relève une certaine hypotrophie musculaire assez globale du membre inférieur droit avec une cuisse mesurée à 52 cm de périmètre, à 10 cm en dessus des rotules contre 53 cm à gauche, membre non dominant.

Le genou est calme, stable avec des tests méniscaux négatifs, sa fonction est complète. Il en est de même de la tibio-tarsienne, de la sous-astragalienne. La force musculaire est à 5/5. Il n'y a pas d'hypoesthésie. Il existe une aréflexie achilléenne droite isolée.

La zone cicatricielle est indolore à la palpation.

Les radiographies ne montrent pas de lésion osseuse. Il existe un petit corps libre à la face interne et postérieure du tibia sur la radiographie du 19.7.05, correspondant vraisemblablement à une petite esquille osseuse.

APPRECIATION:

On se trouve à un peu plus de 5 mois après une importante contusion du mollet droit, l'hématome initial des parties molles ayant été étendu.

Subjectivement, l'évolution a été marquée par des douleurs résiduelles à la marche, nécessitant la prise régulière de Dafalgan. L'assuré n'a plus refait de physiothérapie depuis de très nombreuses semaines. Il s'inquiète de reprendre son activité professionnelle lourde dans ces conditions de douleurs persistantes.

L'examen clinique montre une bonne restitution des masses musculaires du mollet, la fonction de la jambe est complète. On relève certains signes de sous-utilisation, peut-être incomplètement récupérés depuis la phase initiale qui porte également sur la partie proximale avec une hypotrophie de la cuisse.

Il n'y a pas d'atteinte vasculaire, ni neurologique associée. Signalons une hyporéflexie achilléenne droite, tout à fait isolée. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur associé. Le rachis est calme.

Il n'y a pas de notion de sciatique antérieurement.

Afin d'améliorer l'endurance du membre inférieur droit pour l'effort que constitue l'activité professionnelle de U._____, nous avons proposé un séjour à la CRR qui permettrait également de tester la jambe dans différentes activités en force, de manière intensive.

L'assuré ne souhaite pas se rallier à cette proposition, son épouse étant enceinte, supportant difficilement un éloignement géographique. U._____ préférerait effectuer ce programme à Yverdon-les-Bains, proche de son domicile."

Par courrier du 30 janvier 2006, le Dr W._____ du Centre thermal d'Yverdon-les-Bains a informé la Dresse M._____ que l'assuré avait constaté une évolution favorable à l'issue du traitement effectué dans ce centre. La gêne était moins marquée que précédemment. La palpation du mollet restait toutefois asymétrique avec présence d'une discrète zone indurée, soit sur status cicatriciel, soit sur contractures. Différents exercices, à effectuer régulièrement à domicile, lui ont été enseignés. Une reprise du travail en date du 30 janvier 2006 lui a été notifiée.

Par courrier du 30 mars 2006, le Dr W._____ a signalé à la Dresse M._____ que l'assuré s'était à nouveau présenté à sa consultation en raison de la persistance à la fois de douleurs et de manque de force. Suite à un bilan complémentaire, il a estimé que l'assuré devrait pouvoir bénéficier d'une hospitalisation au Centre romand de rééducation (CRR) pour une intensification du traitement de rééducation et pour une appréciation de ses capacités résiduelles de travail.

L'assuré a été hospitalisé au CRR du 3 au 24 mai 2006.

Par déclaration LAA du 26 juin 2006, l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute.

Selon les certificats médicaux établis par la Dresse D._____ du CRR le 24 mai 2006 et par le Dr W._____ le 12 juin 2006, l'assuré a présenté une incapacité totale de travail du 24 mai au 10 juillet 2006.

Il ressort du rapport du CRR du 3 juillet 2006 ce qui suit:

"DIAGNOSTIC(S) PRIMAIRE(S)
- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTIC(S) SECONDAIRE(S)

- Suspicion d'un syndrome de loge chronique de la jambe droite (M 76.8).
- Status post-contusion écrasement du mollet droit le 19.07.2005 (T 13.0).

CO-MORBIDITE(S)

- Trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression (F 43.2).
- Hypertension artérielle traitée (I 10). Migraines (G 43.9).

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'admission, U. _____ se plaint de douleurs du mollet, de type pulsatile avec sensation de chaleur interne, survenant à la marche, surtout à la montée des escaliers ou à la montée d'une pente, ou lors de l'extension de la jambe le matin au réveil. Il n'y a pas de douleur nocturne. Il y aurait également un oedème, augmenté à l'effort, s'étendant du mollet jusqu'à la cheville. Il se plaint de paresthésies du mollet, sans décharges électriques distalement. Après le traitement de physiothérapie intensive à Yverdon-les-Bains, le patient a remarqué une augmentation de la force mais les douleurs sont stationnaires. Le périmètre de marche déclaré est d'environ 10-15 minutes. Après un repos de 4-5 minutes, le patient pourrait de nouveau marcher durant 5-10 minutes. Il se ferait beaucoup de soucis pour son avenir et serait également inquiet en raison de la découverte d'une hypertension artérielle il y a 3 mois, actuellement traitée.

A l'examen clinique, on note une marche sans boiterie, l'absence de défaut d'axe des membres inférieurs, l'arrière-pied est en discret valgus à la marche, de façon symétrique. A la face postérieure du mollet, on constate une cicatrice transversale au tiers proximal, avec des douleurs du mollet alléguées à la palpation profonde. On note un raccourcissement des chaînes postérieures d'environ 20° pour les ischiojambiers symétriquement et, à droite, un raccourcissement des muscles jumeaux la flexion dorsale de chevilles étant meilleure avec le genou en position fléchie que tendu. Tous les mouvements d'élongation des chaînes postérieures telle que la marche sur les talons sont déclarés douloureux au niveau du mollet. Il n'y a pas de signe de tendinopathie. Il n'y a pas d'enraidissement de l'avant-pied ou des orteils. La palpation des pouls est en ordre.

Le patient est vu en consilium psychiatrique dans le cadre d'un bilan global. On relève des troubles du sommeil, un patient inquiet par un avenir qui lui paraît incertain. Un diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété et dépression est retenu, cependant à la limite inférieure du seuil diagnostique. Un traitement de Somnium est introduit pour les troubles du sommeil, et une psychothérapie serait souhaitable. Cette dernière mesure ne peut pas être entreprise au vu de l'obstacle de la langue, U. _____ ne s'exprimant pas facilement en français.

Le bilan radiologique initial lors du traumatisme montre un petit corps libre à la face interne et postérieure du tibia, correspondant peut-être une petite esquille osseuse. Les radiographies du 23 mars 06 ne montrent rien de particulier du point de vue osseux. On note une zone un peu plus intense dans les tissus mous, éventuellement un artéfact. En ce qui concerne l'ultrason du 23 mars 06, il conclut à un remaniement cicatriciel après rupture vraisemblablement

subtotale des muscles jumeaux internes et soléaires ainsi que partielle du muscle jumeau externe au tiers supérieur de la jambe avec probable infiltration graisseuse musculaire et tuméfaction persistante. Pas de signe de myosite ossifiante.

Le patient est vu en consultation angiologique. On note un status dans les limites de la norme, aucune origine vasculaire évidente ne pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse présentée par le patient. Un syndrome de loge chronique à l'effort est évoqué.

Lors du consilium neurologique, on note un status normal, hormis une force du jambier antérieur légèrement réduite à droite par rapport à la gauche. Un réflexe achilléen légèrement diminué mais cependant conservé. La sensibilité est normale. A l'EMG, on note une activité abondante de potentiels positifs et fibrillatoires au niveau des muscles antéro-externes et postérieurs de la jambe. Ces anomalies traduisent plutôt des lésions traumatiques musculaires directes qu'une atteinte neurogène.

Le patient suit des séances de physiothérapie pour un travail de renforcement musculaire, de stretching de chaîne postérieure et amélioration de la proprioception à sec et en piscine. Après effort, on objective une augmentation du périmètre du MID.

En fin de séjour, le patient présente une cotation des douleurs identiques à l'entrée, et peu d'amélioration objectivée. Le patient marche 30 minutes sans s'arrêter. Il est limité pour les activités nécessitant des contractions répétées du triceps sural, notamment lors des montées, des escaliers et des marches en terrain irrégulier.

Une IRM est faite le 23.05.2006 avant et après effort. Cet examen montre une cicatrice sous cutanée postérieure dans le tiers moyen de la jambe en continuité avec une altération de signal dans la musculature du jumeau interne, une partie du jumeau externe et du muscle soléaire. Elle est compatible avec une atteinte traumatique de la musculature avec une composante 'inflammatoire' résiduelle. En post effort, pas de modification de l'étendue de l'altération de signal de la musculature mais discrète augmentation du signal en STIR qui peut traduire une accentuation de l'oedème post-effort.

Les douleurs à l'effort pourraient trouver leur origine dans les lésions constatées. Un syndrome de loge chronique est également évoqué. Le patient sera donc vu en consultation le 07.06.2006 à l'hôpital orthopédique chez le Dr F. _____ afin de pratiquer une mesure des pressions de loge à l'effort.

Le patient quitte la CRR le 24.05.2006. Les séances de physiothérapie ne sont pas poursuivies en raison de leur inefficacité malgré l'excellente collaboration du patient, qui s'est montré participatif et cohérent.

Du point de vue professionnel, U. _____ était employé par E. _____ comme manoeuvre sur les chantiers. Il a été licencié de ce dernier emploi. L'incapacité de travail est prolongée. Actuellement, les limitations constatées sont les marches prolongées en terrain irrégulier et en pente, ainsi que l'utilisation répétée d'escaliers.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MANOEUVRE:

0% du 24.05.2006 au 10.06.2006."

Dans un consilium psychiatrique du 8 mai 2006, le Dr Z. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que

l'assuré avait cru, lors de l'accident, que sa jambe allait être amputée. Pris en charge, il a dit avoir été très satisfait des soins. En date de ce consilium, il se plaignait de douleurs et de limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, l'assuré se plaignait d'insomnies et de soucis importants quant à l'avenir. Il apparaissait comme vigile, orienté, avec une humeur quasiment normale, sans anxiété pour un trouble spécifique ni d'éléments psychotiques florides.

Le Dr Z._____ a retenu comme diagnostic un "trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression (F 43.2)". Il a estimé que, bien que l'assuré eût craint une amputation au moment de l'accident, il ne présentait pas d'état de stress post traumatique. Les soucis quant à son avenir et à sa situation pouvaient être considérés comme un trouble de l'adaptation, toutefois à la limite inférieure du seuil diagnostique.

Par courrier du 14 juillet 2006, le Dr W._____ a informé le médecin d'arrondissement de la CNA que la possibilité d'un syndrome de loge chronique avait été réfutée par un bilan effectué à l'hôpital orthopédique. A son sens, une année après l'accident, l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Quant à la capacité de travail de celui-ci, elle lui paraissait entière dans une activité adaptée.

Lors de l'examen médical final de la CNA du 5 septembre 2006, réalisé par le Dr K._____, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'assuré a notamment déclaré ne souffrir d'aucune autre douleur que celles ressenties au mollet accidenté, et ne suivre aucun traitement, sous réserve de la prise quotidienne de Dafalgan. Pour le surplus, il ressort du rapport relatif à cet examen ce qui suit:

"EXAMEN CLINIQUE:

Assuré en bon état général apparent, plutôt athlétique.

La déambulation se fait sans boiterie.

Marche talons et pointes possible.

L'accroupissement est profond.

L'appui unipodal est tenu ddc.

A l'inspection, on note une cicatrice légèrement pigmentée proximale du mollet droit donnée comme douloureuse à la pression.

Périmètre maximal du mollet: 41cm à droite, 39,5cm à gauche.

La dorsiflexion du pied est donnée comme douloureuse.
Pas de limitation à la mobilité des genoux ou des chevilles.
Pas de déficit sensitif ni moteur à l'examen neurologique succinct des membres inférieurs hormis une asymétrie des réflexes achilléens normo-vifs à gauche et non obtenus à droite.

APPRECIATION:

[...]

Objectivement, on constate une cicatrice proximale du mollet, douloureuse à la palpation, ainsi qu'une augmentation du périmètre de la jambe et une abolition du réflexe achilléen à droite.

Les investigations échographiques ont mis en évidence un muscle cicatriciel.

Bien que l'on puisse s'attendre à une légère amélioration spontanée des troubles douloureux, la situation peut à notre avis être considérée comme suffisamment stabilisée pour permettre la liquidation asséculo-logique du cas et procéder, comme le suggère le Dr W. _____, à des mesures de reclassement professionnel.

En effet, sur le plan médico-théorique, (l'assuré étant actuellement sans emploi), on pourra difficilement obtenir une capacité supérieure à 50% dans le dernier travail exercé avant son licenciement.

En revanche, cet assuré pourrait mettre une pleine capacité dans toutes activités n'exigeant pas de marche prolongée en terrain irrégulier, ni d'utilisation répétée d'escaliers.

Dans l'immédiat, nous avons conseillé à l'assuré de s'annoncer à l'assurance chômage en attendant la mise en route de mesures professionnelles par l'assurance invalidité.

Les séquelles de l'accident n'atteignent à notre avis pas un taux indemnisable selon les barèmes usuels d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA."

Dans un courrier du 26 avril 2007 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr P. _____ du Centre thermal d'Yverdon-les-Bains a signalé qu'à cette date, l'assuré travaillait encore à 50% en tant qu'ouvrier et ce depuis le 6 septembre 2006. Il a également observé une déhiscence du mollet, dont la palpation était douloureuse, ainsi que des douleurs à la palpation du tibia.

B. Le 13 novembre 2007, la CNA a décidé d'octroyer une rente d'invalidité de 415 fr. 15 par mois à l'assuré à partir du 1^{er} octobre 2007, se fondant sur un gain annuel assuré de 56'164 fr. et une incapacité de gain de 11%. La détermination du degré d'incapacité résultait de la comparaison de cinq descriptions de poste de travail envisageable (DPT), selon lesquelles l'assuré pourrait réaliser un revenu mensuel de 4'000 fr., avec un revenu présumable perdu fixé à 4'500 fr. Ces DPT sont les suivants:

- activité de manoeuvre chargé de façonner des fers à béton (salaire annuel moyen de 51'700 fr.);
- activité d'opérateur en ébauches grandissage (salaire annuel moyen de 50'960 fr.);
- activité d'ouvrier de production (salaire annuel moyen de 47'450 fr.);
- activité très légère comme ouvrier d'usine (salaire annuel moyen de 45'500 fr.);
- activité de manutentionnaire (salaire annuel moyen de 45'200 fr.).

En ce qui concerne les troubles psychogènes présentés par l'assuré, la CNA a considéré qu'ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré, de sorte qu'ils ne donnaient pas droit à des prestations de sa part.

Par opposition du 14 décembre 2007, précisée le 5 mai 2008, l'assuré, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud, a soutenu que son état de santé ne lui permettait pas de réaliser un gain de 4'000 fr. et que son dossier n'avait pas été examiné de façon cohérente. Il a conclu à ce que son degré d'invalidité soit arrêté à 25%.

Par décision sur opposition du 27 octobre 2008, la CNA a conclu au rejet de l'opposition. Elle a estimé que l'accident subi par l'assuré était de gravité moyenne, mais à la limite de l'accident léger, ce qui ne justifiait pas d'ouvrir le droit aux prestations faute de causalité adéquate.

C. Le 27 novembre 2008, U._____, représenté par Me Alain Sauteur, a interjeté recours contre la décision sur opposition de la CNA du 27 octobre 2008.

Le recourant reproche au Dr K._____ de ne pas avoir suffisamment investigué les douleurs présentées en position assise et considère dès lors que l'examen effectué par ce médecin est sujet à caution. Il souligne que trois ans et demi après l'accident, il souffre toujours et ne peut se tenir en position assise pendant plus d'une heure.

Par ailleurs, il soutient qu'il est incapable de marcher longtemps et doit éviter la position debout prolongée. Dès lors, à son sens, les DPT retenues par la CNA ne sont pas en adéquation avec son état de santé. Il conclut qu'un degré d'invalidité de 25% au moins lui soit reconnu et qu'une expertise complémentaire soit mise en œuvre, afin de déterminer exactement les limitations fonctionnelles qu'il présente. Il soutient, par ailleurs, que la CNA aurait dû procéder à une expertise psychiatrique, afin de déterminer si les conditions posées par la jurisprudence en matière de lien de causalité adéquate se trouvaient satisfaites, le consilium psychiatrique du 8 mai 2006 ne pouvant être assimilé à une expertise au sens de la jurisprudence.

Le recourant a produit un certificat médical de la Dresse B._____, psychiatre travaillant pour l'association Appartenances et attestant qu'il est en suivi ambulatoire pour des raisons psychiatriques et qu'il est dans l'incapacité totale de travailler, comme de s'occuper de ses trois enfants.

Dans sa réponse du 11 février 2009, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, constate que le litige porte uniquement sur la quotité de la rente d'invalidité (11%) octroyée au recourant depuis le 1^{er} octobre 2007. Elle observe que la situation du recourant doit être examinée de manière objective. Les avis des Drs K._____ et W._____ étant convergents et non contradictoires et le recourant n'apportant au surplus aucun élément médical propre à les remettre en cause, elle estime qu'une nouvelle expertise médicale s'avère inutile.

Par réplique du 4 mai 2009, le recourant conteste une pleine capacité de travail depuis juillet 2006, se prévalant à cet égard des rapports et certificats médicaux établis par la Dresse B._____ et le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine physique et rhumatologie et médecine du sport.

Le recourant estime que les conséquences de l'accident du 19 juillet 2005 ne sont pas encore claires quatre ans après les faits, de

sorte que l'on ne saurait, en l'état du dossier, valablement déterminer les limitations fonctionnelles qu'il présente. Dans ces circonstances, les DPT retenues par la CNA ne peuvent être considérées comme pertinentes. S'agissant de ses troubles psychiques, il maintient satisfait aux conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître l'existence d'un lien de causalité entre ses troubles et l'accident. Il conclut à l'annulation de la décision entreprise et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par courrier du 13 mai 2009, le recourant a signalé une hospitalisation le 2 juin 2009 et produit un certificat médical attestant d'une incapacité totale de travail pour le mois de mai 2009.

Dans sa duplique du 2 juin 2009, la CNA, représentée par Me David Métille, rappelle que, pour les seules séquelles accidentelles, l'état de santé du recourant était suffisamment stabilisé. Les différents rapports et certificats médicaux produits par la suite ne sauraient dès lors, à son sens, être pertinents, d'autant moins qu'ils n'indiquent ni la nature ni les motifs de l'incapacité de travail.

D. Par courrier du 4 août 2009, le recourant a produit un rapport médical du Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 7 juillet 2009, selon lequel "il est vraisemblable que la symptomatologie douloureuse était liée à un problème cicatriciel post traumatique et que la tumeur bénigne était soit post traumatique, soit concomitante". Il ressort également de ce rapport que le recourant a subi une intervention chirurgicale le 2 juin 2009, destinée à enlever un hémangiome ainsi que la cicatrice post traumatique. Le recourant a également produit des certificats médicaux attestant une incapacité de travail du 11 juillet au 31 octobre 2009. Au vu de ces circonstances, le recourant réitère sa requête de mise en œuvre d'une expertise.

La CNA a transmis le dossier à sa division médicale. Il ressort de l'appréciation du 3 septembre 2009 du Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie, que l'opération subie par le recourant le 2 juin 2009 a été

prise en charge au titre de rechute. La prise en charge à un tel titre démontre, selon la CNA, que la situation médicale du recourant était suffisamment stabilisée au moment de la décision d'allocation de la rente d'invalidité. La CNA signale également que, selon le Dr X._____, il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé du recourant suite à l'opération du 2 juin 2009. Dans ces conditions, elle estime qu'il n'existe aucun motif de revoir à la hausse le taux de la rente d'invalidité tel que fixé à 11%. Pour le surplus, elle souligne que les diagnostics médicaux retenus par l'Assurance-invalidité se recoupent avec les siens, celle-ci ayant considéré que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité légère adaptée, à exécuter en position assise, avec possibilité de se lever de temps en temps. Il ressort par ailleurs du dossier de l'AI que cette assurance avait dû mettre fin à l'aide au placement, dès lors que l'assuré s'était montré extrêmement plaintif lors d'un stage.

Par courrier du 22 octobre 2009, le recourant signale que le Dr Q._____ a procédé à l'élimination d'une tumeur bénigne dans sa jambe droite. Il considère que la calcification musculaire du mollet droit et la tumeur bénigne, qui ont conduit à l'intervention chirurgicale du 2 juin 2009, sont les preuves de ses douleurs lancinantes, lesquelles l'empêchent de travailler, cela depuis son accident. Il considère avoir ainsi démontré à satisfaction de droit son incapacité totale de travail. Il réitère sa requête d'expertise psychiatrique. Par courrier du 3 novembre 2009, il produit un certificat médical du Dr Q._____, lequel atteste une incapacité totale de travail du 30 octobre au 25 novembre 2009, incapacité à ce jour encore confirmée par ce médecin.

Une audience d'instruction a été tenue le 30 novembre 2009, à l'occasion de laquelle les parties ont été entendues. Le recourant a fait valoir son incapacité de travail prolongée ainsi que la poursuite d'un traitement psychothérapeutique et médicamenteux.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé, dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recourant étant domicilié dans le canton de Vaud, son recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable en la forme.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362,

consid. 1b; 116 V 246, consid. 1a, et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362, consid. 1; 117 V 287, consid. 4, et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1).

En l'occurrence, le litige est circonscrit à la question du taux de l'invalidité présentée par le recourant suite à l'accident du 19 juillet 2005, respectivement de la quotité de la rente d'invalidité octroyée à compter du 1^{er} octobre 2007.

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

a) Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts

les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2, et les références citées).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 3c; 105 V 156, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA, I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Chez les assurés actifs - soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps -, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b).

Lorsqu'un assuré n'exerce plus d'activité lucrative, une stricte comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir des données médicales et selon la méthode générale de comparaison des revenus, par simple comparaison approximative et sommaire de deux revenus hypothétiques. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. Ensuite, il y a lieu d'évaluer le gain que l'assuré pourrait encore réaliser en exerçant une telle activité (revenu d'invalidé). Ce revenu doit être comparé avec celui que l'assuré aurait pu réaliser sans handicap (revenu sans invalidité), afin d'obtenir le degré d'invalidité.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré requiert que l'événement dommageable de caractère accidentel soit dans un rapport de causalité avec l'atteinte à la santé.

aa) Un tel rapport suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de

vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose toutefois également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; 129 V 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par les experts médicaux (ATF 107 V 173, consid. 3b).

bb) En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102, consid. 5b/bb, et les références). En revanche, pour parer aux incertitudes liées aux nombreux cas d'espèce et au risque d'inégalité de traitement, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de

gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR] XIV, 2^e éd. 2007, n. 89 s.).

Ainsi, selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- Les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- La gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- La durée anormalement longue du traitement médical;
- Les douleurs physiques persistantes;
- Les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- Les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- Le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le

caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1; 115 V 133, consid. 6c/aa; 403, consid. 5c/aa; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 91).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées).

d) L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

4. A l'appui de son recours, U._____ fait en substance valoir, d'une part que le Dr K._____ n'aurait pas suffisamment tenu compte des douleurs invoquées lors de l'examen médical final et que les activités découlant des différents DPT ne seraient pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles. D'autre part, il soutient qu'il appartient à l'intimée de répondre des troubles psychiques constatés après la survenance de l'accident du 19 juillet 2005. Il requiert une expertise médicale, tant sur le plan somatique que psychique.

a) Sur le plan somatique, la contestation du recourant relative à la pertinence du rapport établi le 5 septembre 2006 par le Dr K._____, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, n'apparaît pas fondée. En effet, ce médecin a investigué de manière complète l'état de santé du recourant et tenu compte de son évolution jusqu'au 5 septembre 2006 (hospitalisation, absence de syndrome de loge, etc.). Complet, étayé et exempt de contradiction, ce rapport non seulement satisfait aux conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître la force probante, mais concorde avec les avis et les rapports médicaux précédemment établis par les médecins suivants, s'agissant d'une pleine capacité de travail recouvrée dans une activité adaptée:

- le rapport établi 23 décembre 2005 par la Dresse M._____, spécialiste FMH en rhumatologie, laquelle a notamment retenu que le genou et la jambe accidentés avaient recouvré leur fonction complète, qu'il n'y avait aucune lésion osseuse ni atteinte vasculaire ou neurologique associée, que la zone cicatricielle était indolore à la palpation et que le recourant avait déclaré ne plus suivre de physiothérapie depuis plusieurs semaines;
- le rapport du CRR du 3 juillet 2006, qui ne retient d'incapacité de travail que dans la profession actuelle de manoeuvre;
- l'avis du Dr W._____ du 14 juillet 2006 qui retient, d'une part, qu'une année après l'accident, soit dès le mois de juillet 2006, l'état de santé du recourant était stabilisée et, d'autre part, que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée (courrier du 14 juillet 2006).

S'agissant des certificats médicaux des Drs F._____, spécialiste en médecin physique et rhumatologie et médecin du sport, et Q._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, certificats dont se prévaut le recourant, ils se bornent à indiquer des périodes de durée déterminée d'incapacité de travail, sans motivation ni discussion sur le plan médical, comme de la capacité de travail résiduelle ou du pronostic. Ils ne remplissent dès lors pas les critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante des pièces médicales (cf. consid. 3c supra).

C'est donc à bon droit que la CNA, compte tenu de l'examen final du Dr K._____, a estimé que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle ne pouvait dépasser 50%, mais qu'en revanche, dans une activité adaptée aux seules séquelles de l'accident, c'est-à-dire une activité n'exigeant ni marche prolongée en terrain irrégulier ni utilisation répétée d'escaliers, la capacité de travail du recourant restait entière. Au demeurant, il convient de rappeler que le recourant a repris son activité habituelle à hauteur de 50% dès le 6 septembre 2006 et qu'il l'exerçait encore le 26 avril 2007.

L'état du recourant s'avérant suffisamment établi sur le plan somatique, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre un complément d'instruction (cf. consid. 3d supra).

b) S'agissant des DPT, le recourant se borne à les contester, sans indiquer en quoi ils seraient inadaptés à son état de santé. Or, les déplacements décrits dans les DPT sont non seulement limités – sur les cinq DPT retenus par la CNA pour fixer le revenu d'invalidé sur la base, une n'implique aucun déplacement, trois impliquent rarement des déplacements jusqu'à 50 m et une implique parfois des déplacements jusqu'à 50 m –, mais apparaissent en outre comme manifestement supportables pour le recourant. En effet, les déplacements prévus par ces DPT ne correspondent pas à des marches prolongées en terrain irrégulier ou à une utilisation répétée d'escaliers. Or, seuls les déplacements en terrain irrégulier ou l'utilisation répétée d'escaliers sont à proscrire. Tel n'est pas le cas des stations debout prolongées. L'exercice des activités

décrites par ces DPT sont ainsi parfaitement exigibles du recourant. Dans ces circonstances et compte tenu du fait que le recourant n'a su susciter le moindre doute en la matière, il convient de considérer, à l'instar de la CNA, que les cinq activités en question sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant.

C'est donc à bon droit que la CNA s'est basée sur la moyenne des revenus de ces cinq activités pour déterminer le revenu d'invalidé, soit sur un revenu annuel moyen de 48'162 fr. ($[51'700 \text{ fr.} + 50'960 \text{ fr.} + 47'450 \text{ fr.} + 45'500 \text{ fr.} + 45'200 \text{ fr.}] : 5$). Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 54'000 fr., la perte de gain s'élève à 5'838 fr., ce qui correspond à un degré d'invalidité de 10,81% ($5'838 \text{ fr.} : 54'000 \text{ fr.}$). C'est donc à juste titre que la CNA a retenu un degré d'invalidité de 11% pour fixer le droit à la rente du recourant.

Au demeurant, en se basant sur les salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour l'année 2006 (ESS 2006) - ce que l'intimée aurait été en droit de faire, le recourant n'étant plus actif en date de la décision entreprise - et en tenant compte des adaptations salariales intervenues entre 2006 et 2007 ainsi que d'un abattement de 5%, le revenu d'invalidé - qui se serait élevé à 59'468 fr. (ESS 2006; TA 1; niveau de qualification: 4) - aurait été supérieur au revenu sans invalidité. Le recourant n'aurait dès lors eu droit à aucune rente.

c) Sur le plan psychique, le recourant a contesté, mais sans motivation, la pertinence du consilium psychiatrique du 8 mai 2006 du Dr Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel fonde la décision entreprise. Ce médecin a posé comme diagnostic un "trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression (F 43.2)" et a rapporté que le recourant ne présentait aucun état de stress post traumatique et que les soucis quant à son avenir et à sa situation pouvaient valoir pour trouble de l'adaptation, toutefois à la limite inférieure du seuil diagnostique. Ce consilium, complet, motivé et exempt de contradiction, remplit les conditions posées par la jurisprudence en matière de force

probante, à la différence du rapport du 23 mars 2009 de la Dresse B._____, dont se prévaut le recourant, compte tenu de l'absence de motivation relative à d'éventuelles répercussions des troubles psychiques sur la capacité de travail de l'intéressé. Au demeurant, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence, l'avis du médecin traitant doit être admis avec réserve (cf. consid. 3c supra).

Cela étant, la CNA ne nie pas l'existence de troubles psychiques. Elle ne reconnaît cependant pas, et à juste titre, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre ces troubles psychiques et l'accident. Compte tenu de la jurisprudence relative au rapport de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident de gravité moyenne (cf. consid.3b/bb supra) – degré de gravité reconnu par les parties –, on ne peut considérer que le fait de se faire coincer une jambe contre un mur par un camion soit particulièrement dramatique ou impressionnant, la recourant n'ayant au demeurant, selon le consilium psychiatrique du Dr Z._____, présenté aucun état de stress post traumatique. En outre, l'hématome qui a affecté le mollet n'était ni d'un degré de gravité, ni de nature, selon l'expérience, à engendrer des troubles psychiques, d'autant moins que les séquelles de l'accident n'ont pas ouvert de droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon la LAA – ce que ne conteste par ailleurs pas le recourant. Par ailleurs, aucune erreur n'a été commise lors du traitement médical et le recourant a, lors du consilium psychiatrique du 8 mai 2006, reconnu avoir été très satisfait des soins. Enfin, en cours de guérison, aucune difficulté particulière ni complication importante ne sont apparues, et l'origine des troubles peut être vue, comme évoqué dans le rapport du CRR du 3 juillet 2006, dans d'autres causes que l'accident (soucis en raison d'un avenir incertain, d'une hypertension artérielle, etc.).

Partant, c'est à bon droit que la CNA n'a pas reconnu l'existence d'un lien de causalité adéquat entre l'accident du 19 juillet 2005 et les éventuels troubles psychiques en résultant, sans qu'il se justifie de donner suite à la requête d'expertise psychiatrique du recourant (cf. consid. 3d supra).

5. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué des dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Me Alain Sauteur (pour U. _____),
- Me David Métille (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier: