

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mai 2015

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Merz
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

W._____, à Taipana (Italie), recourant, représenté par Me Isabelle Jaques,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA, 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. W._____, né en 1966, de nationalité italienne (ci-après : l'assuré ou le recourant), a travaillé pour le compte de la société T. _____ - dont le siège est à Chavannes-près-Renens - du 1^{er} août 2007 au 31 janvier 2012 en qualité de responsable de rayon de son Marché de Sion. En cette qualité, il était assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée). Jusqu'à son départ pour l'Italie début février 2012, l'assuré était domicilié à [...].

Le 25 décembre 2011, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière alors qu'il circulait au volant de son véhicule de [...] en direction de [...] en compagnie de son fils, qui avait pris place à ses côtés. Parvenu à un carrefour, il s'était engagé sur la présélection pour bifurquer en direction de [...] lorsque le véhicule conduit par R._____ lui a coupé la route. Il ressort du rapport de police établi le 5 janvier 2012 par l'appointé D._____ que ce dernier conduisait en état d'ivresse. Les deux véhicules ont été endommagés, celui de l'assuré ayant le pare-chocs avant, le capot et la calandre enfoncés et les phares avant cassés. Les airbags ne se sont pas déclenchés. L'assuré portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident et les appuie-tête étaient correctement réglés. Souffrant de douleurs à la nuque, dans le haut du dos et à l'épaule gauche, l'assuré s'est rendu à l'Hôpital N._____ par ses propres moyens. Ni le responsable de l'accident, ni son passager, ni le fils de l'assuré n'ont été blessés. Lors de son audition par la police le 26 décembre 2011, l'assuré a déclaré qu'il roulait à environ 40 km/heure lors de l'accident.

L'événement du 25 décembre 2011 a été annoncé par T._____ à la CNA le 28 décembre 2011. La déclaration de sinistre précisait que l'assuré serait dorénavant suivi par son médecin traitant, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne.

Selon le rapport initial LAA du 24 janvier 2012, lors de la consultation médicale à l'Hôpital N._____ faisant suite à l'accident de la circulation routière du 25 décembre 2011, aucune fracture n'a été constatée. Le Dr [...] a diagnostiqué une "contusion cervicale, discale et lombaire" ainsi qu'une contusion de l'épaule gauche. Il a prescrit un traitement antalgique (AINS), du repos et mis l'assuré en arrêt de travail à 100 %.

L'inspecteur C._____ de la CNA a rencontré l'assuré à son domicile le 27 janvier 2012. Selon le rapport établi à cette occasion, l'assuré a notamment déclaré qu'au moment où il s'était rendu compte qu'une voiture allait lui couper la route, il y avait environ 10 mètres qui séparaient les deux véhicules; il roulait alors à environ 40-50 km/heure. Il a anticipé le choc en se calant dans son siège, a averti son fils de "bien se tenir", a braqué le volant et a effectué un freinage d'urgence. Il n'a pas souvenir d'avoir tapé avec sa tête, ni avec l'épaule gauche. Lorsqu'il est sorti du véhicule, il était furieux et a crié à l'autre conducteur de ne pas s'enfuir; il tremblait, ne ressentait pas grand-chose et était en état de choc; c'est son fils qui a dû appeler la police, lui-même ne parvenant pas à tenir son téléphone. Son véhicule a été déclaré en dégât total. Dans les suites immédiates de l'accident, il a ressenti un gros mal de tête, des douleurs partant de la nuque jusqu'à mi-dos et dans l'épaule gauche. Dans les heures suivantes, il a présenté des troubles de l'audition (brouhaha). Il a précisé que des examens radiologiques avaient été effectués à l'Hôpital N._____, soit des radiographies de la nuque, de l'épaule et du dos. L'assuré a déclaré à l'inspecteur de la CNA qu'il était toujours en incapacité totale de travail, qu'il avait quasiment mal à la tête en permanence, sous forme de barre en travers du front, que la nuque le faisait souffrir dès qu'il la bougeait latéralement ou d'avant en arrière, sous forme de lancées électriques. Il a précisé que dès que cette douleur à la nuque apparaissait, elle devenait permanente et descendait ensuite dans le bras droit jusqu'au bout des doigts. L'épaule gauche et l'omoplate le font également souffrir. L'assuré a précisé qu'il n'avait jamais eu mal à la nuque avant cet accident, qu'il avait précédemment souffert de

douleurs au dos (lumbagos), que son état de santé le préoccupait beaucoup et qu'il n'avait pas repris la conduite automobile. En ce qui concerne sa situation professionnelle, l'assuré a indiqué qu'avant l'accident il avait résilié son contrat de travail et qu'il était censé commencer un nouvel emploi en Italie le 5 février 2012.

Le rapport radiologique après IRM de la colonne cervicale du 1^{er} février 2012 établi par le Dr F. _____, médecin chef du Département d'imagerie diagnostique et interventionnelle de l'Hôpital N. _____, décrivait ce qui suit :

"Hypersignal très discret en STIR du corps vertébral de C5 et C6 sans évidence de perte de hauteur compatible avec une fracture sans tassement vu le contexte post-traumatique.
Discret rétrécissement canalaire congénital. Il est majoré à hauteur de C3-C4 par un complexe disco-ostéophytaire postérieur. A ce niveau, il persiste du LCR tout autour de la moelle et il n'y a pas de myélopathie décelable.
Absence d'anomalie de signal ou morphologique de la moelle épinière ailleurs qui pourrait traduire une myélopathie et ceci jusqu'à hauteur de D4, limite inférieure de l'acquisition.
Complexes disco-ostéophytaires postérieurs de C5-C6 et C6-C7, sans répercussion significative sur les dimensions du canal cervical.
Rétrécissement du trou de conjugaison C3-C4 droit sur uncarthrose et arthrose interapophysaire postérieure, de C5-C6 droit sur uncarthrose, de C5-C6 gauche sur uncarthrose et composante de hernie discale foraminale et en C6-C7 droit sur uncarthrose.
La charnière crânio-cervicale est sans particularité.
Flow-voids des artères vertébrales témoignant leur perméabilité.
Les tissus mous prévertébraux sont sp."

Le rapport médical intermédiaire établi le 6 février 2012 par le Dr Z. _____ retenait comme diagnostic une hernie discale foraminale C5-C6 gauche post accident de la voie publique avec la précision qu'il y avait persistance de cervico-brachialgies gauches invalidantes d'allure mixte et qu'aucun facteur étranger à l'accident n'entrait en compte dans le processus de guérison. Le médecin indiquait avoir reçu l'assuré à sa consultation les 10, 23 et 30 janvier 2012 ainsi que le 3 février 2012. Le traitement consistait en une médication d'Ibuprofen, de tramal, de mydocalm et en repos. Il était précisé que le dossier médical avait été transmis à l'intéressé vu le déménagement de celui-ci en Italie le 4 février 2012 et que la durée du traitement et la reprise du travail restaient indéterminées.

Sur mandat de la CNA, la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) a procédé, du 16 au 19 avril 2012, à l'évaluation de la situation médicale de l'assuré, y compris psychiatrique (Dr J._____, spécialiste en psychiatrie). Dans leur rapport d'évaluation interdisciplinaire du 20 avril 2012, les Drs B._____, chef de clinique spécialiste en neurologie, et S._____, chef de clinique et spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, ont indiqué comme diagnostic primaire un traumatisme cervical indirect le 25 décembre 2011 (S13.4) et comme comorbidités un possible syndrome radiculaire C6 gauche purement irritatif, un tabagisme chronique (F17.1), une épilepsie traitée (G40.9), un status après méniscectomie interne du genou gauche en 1995 et une rotule gauche instable. Ils retenaient notamment ce qui suit :

"APPRECIATION ET DISCUSSION

Depuis 4 mois, **l'évolution** est stationnaire, voire défavorable. Pour M. W._____, il n'y a aucune modification de son état depuis le moment qui a suivi l'impact. Des traitements ont été appliqués, sans succès, aussi bien par médicament que par physiothérapie.

Le **tableau actuel** comporte principalement des cervico-brachialgies gauches s'accompagnant de paresthésies diffuses de la main gauche; les douleurs évoluent sur un fond continu coté à un haut degré d'intensité (68 sur l'EVA) et s'exacerbent lors de tout mouvement de la colonne ou lors du maintien d'une posture quelle qu'elle soit. Les douleurs sont insomniantes. M. W._____ décrit un cortège symptomatique bigarré comportant des céphalées frontales fréquentes, des vertiges et des troubles de la vue plus sporadiques. Le retentissement sur les activités courantes serait majeur à tel point qu'il n'a osé reprendre la conduite d'un véhicule.

Le patient oppose un comportement parasite à **l'examen physique**, fait de contre-pulsions musculaires, de rictus, de l'annonce d'une douleur systématique à toute tentative de mobilisation de la nuque ou de l'épaule gauche. La douleur est même provoquée par des stimuli non nociceptifs (cf détails ci-dessus). Objectivement, en ce qui concerne l'appareil locomoteur, on ne retient pas d'anomalie hormis un frein progressif, tous azimuts, de la colonne cervicale et de l'épaule gauche lors de la mobilisation passive. Au plan neurologique, on ne retient aucun déficit mais les manoeuvres de sollicitation déclenchent des lancées douloureuses dans le membre supérieur gauche.

L'examen des **documents d'imagerie** (radiographies, ct-scan et IRM cervicaux et radiographies de l'épaule gauche) ne révèle pas de lésion traumatique. On observe des troubles dégénératifs banals du rachis cervical avec une protrusion discale latérale et foraminale gauche C5-C6.

A ce stade, on retient donc [que] le diagnostic de traumatisme cervical indirect correspond à un stade I de la classification QTF pour le whiplash chez un sujet souffrant de troubles dégénératifs modérés

du rachis cervical et d'une image de protrusion discale foraminale C5-C6 gauche. Devant un trajet douloureux évoquant une topographie radiculaire C6 gauche, devant la notion de décharge électrique, notamment lors des mouvements de déflexion et de rotation gauche de la nuque, le neurologue valoriserait l'image de protrusion foraminale mise en exergue par l'IRM. Il s'agit dans tous les cas d'un syndrome purement irritatif, sans aucun déficit clinique. L'accident est impropre à provoquer une hernie discale.

M. W. _____ se comporte au cours de **l'évaluation des capacités fonctionnelles** comme il l'a fait au cours de l'approche médicale. Il annonce des douleurs pour des stimuli non nociceptifs, Ainsi, le "Pseudo Strength Test" est interrompu en raison d'une douleur cervicale avec extension dans le membre supérieur gauche. Le score de 70 atteint au PACT donne à penser qu'il ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests proprement dits, on doit admettre que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Il est en effet capable de manutentionner des charges allant de 5 à 12 kg. Et encore s'autolimité-t-il pour la plupart des tests, à savoir qu'il met fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. On peut souligner l'absence d'excursion de la fréquence cardiaque à l'effort. Finalement, la volonté de donner le maximum est incertaine et le niveau de cohérence moyen. Par conséquent, les performances réalisées représentent ce que le sujet a accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales.

Le patient se présente de façon ponctuelle à **l'évaluation psychiatrique**. Vigile et orienté, il ne présente pas de troubles attentionnels ou mnésiques. Il offre une bonne capacité de compréhension et de verbalisation. Il est polyglotte, le vocabulaire est choisi. Il n'y a pas de troubles du cours de la pensée ou du contenu du discours, ni d'élément délirant ou évocateur de phénomènes hallucinatoires. La thymie est conservée, sans signe d'anxiété. Il n'y a en particulier pas de tristesse, d'idéation suicidaire, de perte de l'élan vital, d'anhédonie ou d'irritabilité. Il n'y a pas d'angoisse rapportée, pas de phénomènes de reviviscence, pas d'élément phobique. Il n'y a en conséquence aucun signe orientant vers un trouble anxieux spécifique, tel un état de stress post traumatique, ni vers un trouble de l'adaptation. On relève quelques manifestations d'adhésivité : de telles manifestations peuvent être retrouvées chez certains sujets épileptiques. Cette adhésivité peut aussi être interprétée comme une certaine pugnacité à convaincre son interlocuteur de l'authenticité d'un trouble. Ainsi le sujet peine à terminer la conversation. Il peine à se séparer de son interlocuteur. Le patient réfute par ailleurs toute souffrance psychique. Finalement, le bilan ne fait retenir aucune singularité atteignant le seuil d'un trouble dans le registre psychiatrique.

Si le **pronostic** est à l'évidence réservé, ce n'est pas tant en raison des conséquences de l'accident que des facteurs contextuels, En effet, bien que le choc ait été relativement violent, aucune des 4 personnes impliquées n'a été sérieusement blessée. Malgré les données de l'imagerie, il n'existe objectivement pas chez M. W. _____ d'argument plaidant pour une atteinte organique soutenant l'édifice des plaintes. Même si l'on valorise l'image de hernie discale, sans rapport avec l'accident du 25 décembre, les

doléances paraissent démesurées (EVA de 68), comme l'est le retentissement fonctionnel allégué (PACT à 70). Ce qui inquiète le plus, c'est le comportement affiché par l'intéressé au cours de l'investigation clinique, les manifestations douloureuses exhibées étant clairement disproportionnées. On soulignera également que les plaintes sont inductibles. Il est vraisemblable que des facteurs contextuels (changements existentiels, une certaine précarité économique) facilitent ce comportement. M. W. _____ aurait par ailleurs contacté un avocat pour envisager une éventuelle procédure à l'encontre du conducteur responsable.

Au plan thérapeutique, une infiltration péri-radicula C6 gauche peut être envisagée, mais dans le contexte, l'attitude thérapeutique doit être cauteleuse, le risque iatrogène de tout geste agressif étant élevé."

Par avis médical du 23 mai 2012, le Dr X. _____, spécialiste en orthopédie et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué, après avoir pris connaissance du rapport d'évaluation interdisciplinaire de la CRR ci-dessus mentionné, que l'accident du 25 décembre 2011 avait passagèrement décompensé un état maladif antérieur et que le statu quo sine devait être fixé à 6 mois (après accident) et la reprise du travail au 25 juin 2012.

Une note téléphonique du 23 mai 2012 indique que l'assuré a informé la CNA qu'il allait consulter un psychiatre, qu'il devait prendre des somnifères et ne savait pas comment se soigner ni faire disparaître la douleur.

Par décision du 25 mai 2012, la CNA a mis fin à ses prestations au 24 juin 2012 en considérant que, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient 6 mois après l'accident n'étaient plus dus à ce sinistre mais de nature exclusivement malade.

Par courrier du 15 juin 2012, l'assuré a formé opposition à la décision de la CNA. Il a fait valoir qu'avant l'accident du 25 décembre 2011, il n'avait jamais souffert ni de la nuque, ni du dos, que les douleurs n'étaient apparues qu'à la suite de cet événement et qu'elles perduraient. Relevant que le médecin d'arrondissement - qui fixait le statu quo sine à 6 mois après l'accident - ne l'avait pas examiné, il a requis la mise en œuvre d'une expertise par un médecin neutre.

Le 9 juillet 2012, l'assuré a produit une copie de l'avis médical d'un médecin, rédigé en italien, selon lequel des séances de kinésithérapie bi-hebdomadaires étaient nécessaires en raison de l'entorse cervicale du 25 décembre 2011.

Dans son appréciation médicale du 18 juillet 2012, après avoir résumé les conclusions de l'évaluation interdisciplinaire de la CRR du 20 avril 2012, le Dr X. _____ a confirmé sa précédente évaluation fixant le statu quo sine au 24 juin 2012, soit 6 mois après l'événement du 25 décembre 2011.

Par décision sur opposition du 19 octobre 2012, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 25 mai 2012. Elle a considéré en substance, en se fondant sur les conclusions du rapport d'évaluation interdisciplinaire de la CRR, que les troubles dont se plaignait l'assuré ne pouvaient pas s'expliquer sur un plan organique et que dès lors qu'il avait été victime d'un accident par mécanisme du type du "coup du lapin", il y avait lieu d'appliquer la jurisprudence topique en la matière. Retenant que les constatations et les conclusions des médecins de la CRR permettaient d'admettre que l'assuré se plaignait de troubles diffus (catégorie III), le rapport de causalité entre ceux-ci et l'accident ne pouvait être admis. Elle a précisé que, même dans l'hypothèse où il faudrait admettre que l'assuré présentait des troubles cliniquement perceptibles (catégorie II), la responsabilité de la CNA ne pouvait pas non plus être engagée dans la mesure où la causalité adéquate devait de toute façon être niée, l'accident du 25 décembre 2011 pouvant être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne et le seul critère existant étant celui de douleurs persistantes.

B. Par acte de son conseil, Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne, du 21 novembre 2012, W. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 19 octobre 2012. Principalement, il a conclu à la réforme en ce sens que la CNA poursuit le versement de ses prestations, dont le paiement d'indemnités journalières, jusqu'au 25 décembre 2012. Subsidiairement, il a conclu à la suspension de la présente procédure

jusqu'à droit connu sur la procédure pendante auprès des autorités italiennes concernant les suites de l'accident du 25 novembre 2011. Plus subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Le recourant a requis son audition et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il reproche à l'intimée d'avoir pris sa décision de mettre fin aux prestations d'assurance au 24 juin 2012 en se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, lequel ne l'a pas examiné et a forgé son opinion uniquement sur la base du rapport d'évaluation de la CRR du 20 avril 2012. Il relève que dit rapport ne conclut pas que le statu quo sine serait atteint le 24 juin 2012 et soutient que, dès lors que l'intimée a admis un lien de causalité durant les six premiers mois, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 8C_1009/2009 arrêt du 4 mai 2010 consid. 3.1.1) selon laquelle l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale est en général à considérer comme terminée après six à douze mois, la CNA ne pouvait conclure que ce lien de causalité prenne fin avant le délai d'une année admis par dite jurisprudence, sans entreprendre de mesures d'instruction. En ce qui concerne le lien de causalité, le recourant prétend encore que, dès lors qu'un diagnostic de traumatisme cervical indirect stade II a été retenu, il convient d'admettre qu'il présente des troubles cliniquement perceptibles et que, l'accident devant être considéré comme de gravité moyenne (caractère particulièrement impressionnant de l'accident du fait qu'il a eu lieu sur une route dont la vitesse maximale était fixée à 60 km/heure et qu'il ne pouvait s'attendre à ce qu'un véhicule lui coupe la route), l'existence d'un lien de causalité entre son état de santé actuel (importantes douleurs consécutives à l'accident causant une incapacité de travail malgré les efforts avérés du recourant) et l'événement du 25 décembre 2011 doit être reconnu. Le recourant a notamment produit une attestation établie le 28 juin 2012 par la société T._____ selon laquelle, à sa connaissance, durant sa période d'emploi dans l'entreprise, l'assuré n'a pas été en arrêt maladie pour des problèmes de maux de dos.

Le 7 janvier 2013, le recourant a produit une copie du rapport médical établi le 3 janvier 2013 par le Dr P._____, chirurgien italien, qui, selon lui, conclut à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 25 décembre 2011 et une incapacité totale de travail durant une année.

Le 8 février 2013, le recourant a retiré la requête de suspension de procédure et a requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 novembre 2012. En outre, il a produit la traduction libre du rapport médical du Dr P._____, qui retient notamment ce qui suit :

"Des événements passés et de la documentation, il résulte que M. W._____, suite au violent accident de la route du 25/12/11 a subi un trauma sous forme d'entorse de l'épine cervicale et sous forme de contusion de l'épaule gauche.

Il a été suivi immédiatement par les urgences de l'hôpital N._____ et a dû porter une minerve pendant une semaine complète pour ensuite diminuer la fréquence du port de minerve à partir du 30/12 avec la prescription de physiothérapie antalgique.

Suite à la persistance des douleurs cervicales avec irradiation au membre supérieur gauche, il a subi de nouveaux examens et en particulier l'IRM du 02/02/2012 qui a mis en évidence une **hernie discale foraminale** gauche C5-C6 et un pré-existant cadre dégénératif arthrosique diffus.

D'autres examens ont été effectués au mois d'avril sur demande de l'agence Suva de Lausanne qui ont confirmé la pathologie post-traumatique du syndrome cervical avec cervico-brachialgies gauches et douleurs à la racine C6 gauche par une saillie du disque foraminaux C5-C6 et un état anxieux y a été par ailleurs décelé.

La symptomatologie algique et dysfonctionnelle à charge de l'épine cervicale et du membre supérieur gauche, le blessé a été contraint de subir d'autres contrôles spécialisés qui ont prouvé la présence désormais chronique de la **protrusion discale foraminale** C5-C6 responsable du cadre clinique invalidant, de la souffrance neurogène épino-cervicale et par conséquent de l'aggravation de l'état anxieux pour lequel il est maintenant suivi au Centre de santé mentale des services sanitaires italiens.

En l'état actuel, la situation clinique, au vu du temps écoulé depuis l'événement lésant, peut être considérée comme stabilisée et donc permanente avec des conséquences invalidantes sans doute significatives sur la capacité de travail globale.

De telles conséquences sont sans doute accréditables à la violence du trauma (voiture détruite) qui a très probablement déterminé la protrusion saillante discale au niveau de C6, responsable de la **cervicobrachialgie** et des douleurs de l'épine dorsale (paresthésie aux 3 premiers doigts de la main gauche).

En conclusion, je peux affirmer que M. W._____, suite à l'événement traumatique, a subi une entorse cervicale **valide** avec une **protrusion discale C6** qui serait apparue indépendamment de la pré-existante **génération arthrosique**, et par la suite a

développé un état anxieux dû à sa préoccupation, au vu de la persistance des douleurs, de ne pouvoir continuer l'activité lucrative. A remarquer que jusqu'au jour de l'accident, l'assuré n'avait jamais été absent de son emploi pour des problèmes cervicaux, comme le stipule l'attestation de l'employeur indiqué, et avait déjà prévu son déménagement en Italie où il aurait dû être engagé dans une entreprise locale.

En évaluant les conséquences permanentes suite à l'accident de voiture, l'on peut affirmer que l'assuré peut être déclaré aux alentours des 7-8% (sept-huit pourcent) inapte au travail.

Pour ce qui est de l'invalidité temporaire totale, elle est accordable pour 1 an selon la certification du psychiatre qui devra le revoir en janvier 2013."

Par décision du 11 février 2013, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 novembre 2012 (exonération des avances de frais, exonération des frais judiciaires et assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Isabelle Jaques).

Par réponse du 29 mai 2013, l'intimée, représentée par son conseil, Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, a conclu au rejet du recours. En substance, elle fait valoir que, dès lors qu'il avait pris connaissance du rapport d'évaluation interdisciplinaire de la CRR du 20 avril 2012 - qui conclut que malgré les données de l'imagerie, il n'existe objectivement pas chez l'assuré d'argument plaidant pour une atteinte organique soutenant l'édifice des plaintes - c'est en toute connaissance de cause que le médecin d'arrondissement avait estimé que l'accident avait passagèrement décompensé un état maladif antérieur et que le statu quo sine pouvait être fixé à six mois après l'accident. Elle réfute le reproche formulé à l'endroit du Dr X._____ en exposant que, dès lors qu'il disposait de toutes les informations médicales et utiles pour donner son avis sur l'exigibilité médicale, il n'avait pas à procéder lui-même à l'examen clinique du recourant. Pour le surplus, elle fait valoir que l'avis du médecin d'arrondissement est concluant, vierge de contradictions intrinsèques et ne laisse subsister aucun indice contre son bien-fondé, de sorte qu'il a pleine valeur probante. Enfin, en ce qui concerne le rapport médical établi par le Dr P._____, au vu de la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références) elle ne voit pas pour quelles raisons il conviendrait d'accorder d'avantage de crédit à cet avis

médical, émanant du médecin traitant du recourant, plutôt qu'à ceux, dûment motivés, des médecins suisses. Au demeurant, elle relève que le Dr P._____ n'apporte pas d'élément nouveau qui n'ait pas déjà été pris en compte par elle-même et que sa constatation d'une "inaptitude au travail" de 7 à 8 % n'est finalement pas si éloignée des constatations des médecins suisses, ce d'autant plus si l'on considère que "l'invalidité temporaire totale" constatée en Italie est d'ordre psychiatrique et non pas organique. L'intimée conclut également au rejet de toute nouvelle mesure d'instruction.

Par réplique du 25 juin 2013, le recourant a confirmé ses conclusions. Il relève en outre que l'évaluation de la CRR date du 20 avril 2012, soit deux mois avant que le statu quo sine ait été prétendument atteint et soutient que si le statu quo avait été atteint ou sur le point de l'être, les médecins de la CRR l'auraient indiqué. Il fait en outre valoir que l'intimée a fait preuve d'arbitraire en fixant le statu quo sine à six mois après l'accident sans qu'un médecin l'ayant examiné l'ait confirmé, alors que la jurisprudence prévoit que douze mois peuvent être nécessaires pour que le statu quo sine soit atteint. Il confirme sa requête d'expertise judiciaire portant sur les atteintes à la santé sur les plans rhumatologique, orthopédique et neurologique, en indiquant que, dès lors que la jurisprudence admet une période variant de six à douze mois pour atteindre le statu quo sine, une instruction complémentaire est nécessaire. Il sollicite en outre l'audition des médecins signataires du rapport d'évaluation interdisciplinaire de la CRR du 20 avril 2012 ainsi que celle du médecin d'arrondissement de la CNA.

Dans sa duplique du 19 août 2013, l'intimée relève que la réplique n'apporte aucun élément nouveau et que le recourant se contente de répéter peu ou prou les arguments déjà exposés dans le cadre de son recours. Partant, elle confirme contester tous les éléments de faits qui ne correspondraient pas strictement à ceux du dossier administratif et médical et renvoie pour le surplus à l'état de fait et aux considérants développés dans sa réponse. L'intimée relève en outre que si les médecins de la CRR n'ont pas posé la date du statu quo sine en tant

que tel, ils ont cependant relevé que le recourant ne souffrait d'aucune lésion osseuse des suites de son sinistre mais uniquement de contusions et ont mis en évidence l'absence d'atrophie musculaire des membres supérieurs ainsi que le comportement douloureux parasite disproportionné du recourant. Enfin, elle fait valoir que le seul fait d'alléguer que douze mois peuvent être nécessaires pour que le statu quo sine puisse être atteint ne permet pas de conclure que la décision entreprise serait arbitraire.

Par courrier du 30 avril 2014, le nouveau juge instructeur a invité le recourant à le renseigner sur la procédure diligentée en Italie, telle qu'invoquée à l'appui de son recours, et à produire toute pièce médicale utile, propre à rendre compte de l'évolution de son état de santé.

Par acte de son conseil du 14 mai 2014, le recourant a répondu qu'aucune procédure n'était pendante en Italie, sans se prononcer sur l'évolution de son état de santé.

C. Le 10 juin 2014, Me Isabelle Jaques a produit sa liste d'opérations et de débours détaillée. Faisant valoir qu'elle a consacré 13.60 heures au traitement de la présente cause, elle réclame paiement de 2'448 fr. (13.60 x 180 fr./h), de 11 fr. de débours et de 196 fr. 75 de TVA à 8 %, soit d'un montant total de 2'655 fr. 75.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Lorsque, comme en

l'espèce, le recourant est domicilié à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton du dernier domicile de l'assuré ou de celui de son dernier employeur (art. 58 al. 2 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède manifestement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile (cf. art. 60 LPGA). La compétence de la Cour de céans à raison du lieu n'est pas douteuse, puisque l'ancien employeur du recourant a son domicile dans le canton de Vaud (art. 58 al. 2 LPGA). En outre, le recours respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée postérieurement à la date du 24 juin 2012, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre la symptomatologie douloureuse présentée au-delà de cette date et l'accident du 25 décembre 2011.

3. En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une

cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré 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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement "post hoc ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage "post hoc ergo propter hoc" ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006). En

outre, il est de jurisprudence constante que les troubles non objectivés à la colonne vertébrale sont réputés ne plus être en relation de causalité naturelle avec l'accident dans un délai de six à neuf mois, tout au plus d'un an (TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1; 8C_396/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2; TFA U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et les références).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 126 V 353 consid. 5b; 117 V 359 consid. 4a; 117 V 369 consid. 3a).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de

rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références). Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles 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, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, 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. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du

22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Cela signifie que, si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; RAMA 1994 n° U 206).

4. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ;SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et la référence citée).

5. a) Le recourant reproche à l'intimée d'avoir fondé sa décision de cesser le versement de ses prestations sur l'avis médical de son médecin d'arrondissement, alors que celui-ci ne l'a pas examiné et qu'il a forgé son opinion sur le rapport d'évaluation interdisciplinaire de la CRR du 20 avril 2012. Il fait valoir que dit rapport ne conclut pas que le statu quo sine aurait été atteint le 24 juin 2012, ce que les évaluateurs n'auraient pas manqué de faire si tel avait été le cas.

La Cour de céans ne saurait suivre le recourant dans son argumentation. Force est en effet de constater que, lorsqu'il a fixé le statu quo sine au 24 juin 2012, le Dr X._____, médecin d'arrondissement de l'intimée, disposait des informations médicales nécessaires telles qu'elles ressortent du rapport d'évaluation interdisciplinaire de la CRR du 20 avril 2012, qui aboutissent au constat d'absence de déficit organique relevant de l'accident du 25 décembre 2011. Si les spécialistes de la CRR n'ont pas

fixé eux-mêmes le statu quo sine, il n'en demeure pas moins qu'ils ont conclu de leur analyse fouillée de la situation médicale de l'assuré qu'il n'y avait, objectivement, chez le recourant pas d'argument plaidant pour une atteinte organique soutenant l'édifice des plaintes. Après avoir posé le diagnostic de traumatisme cervical indirect correspondant à un stade I de la classification QTF pour le whiplash chez un sujet souffrant de troubles dégénératifs modérés du rachis cervical et d'une image de protrusion discale foraminale C5-C6, ils ont expliqué que l'assuré ne présentait, en avril 2012 déjà, aucune anomalie de l'appareil locomoteur et, sur le plan neurologique, aucun déficit. Ils ont également indiqué que les documents d'imagerie ne révélaient pas de lésion traumatique mais des troubles dégénératifs banals du rachis cervical avec une protrusion discale latérale et foraminale gauche C5-C6, en relevant que l'accident du 25 décembre 2011 était impropre à provoquer une hernie discale. Pour le surplus, ils ont qualifié les manifestations douloureuses du recourant comme étant clairement disproportionnées, même si l'on valorisait l'image de hernie discale. En ce qui concerne l'évaluation du recourant sur le plan psychique, les spécialistes de la CRR ont rapporté que la thymie était conservée, sans signe d'anxiété, de tristesse, d'idéation suicidaire, de perte de l'élan vital, d'anhédonie ou d'irritabilité. Il n'y avait pas d'angoisse rapportée, de phénomènes de reviviscence ou d'élément phobique, ce qui les amenait à constater l'absence de signe orientant vers un trouble anxieux spécifique, tel un état de stress post traumatique ou un trouble de l'adaptation. Relevant que l'assuré réfutait par ailleurs toute souffrance psychique, ils concluaient qu'il n'y avait aucune singularité atteignant le seuil d'un trouble dans le registre psychiatrique. Enfin, s'ils soulignaient que si le pronostic était à l'évidence réservé, ce n'était pas tant en raison des conséquences de l'accident que des facteurs contextuels (changements existentiels et une certaine précarité économique). Au vu de l'ensemble de ces éléments, le médecin d'arrondissement de la CNA était pleinement fondé à considérer que les troubles du recourant n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 25 décembre 2011 et, partant, à fixer le statu quo sine au 24 juin 2012, étant relevé que le rapport d'évaluation interdisciplinaire de la CRR répond aux requisits jurisprudentiels concernant la valeur probante d'un rapport

médical puisqu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, repose sur des examens complets tant sur le plan somatique que psychique, tient compte des plaintes de l'assuré et que ses conclusions, posées au terme d'un consilium, claires et exemptes de contradictions, sont motivées et convaincantes.

Pour le surplus, on observe que le rapport médical établi par le Dr P. _____ le 3 janvier 2013, qui conclut à une incapacité totale de travail d'une année à compter de l'accident du 25 décembre 2011 en raison de l'état de santé psychique du recourant ne saurait mettre en doute les conclusions claires et convaincantes des médecins de la CRR. D'une part, il émane apparemment du médecin traitant actuel du recourant et doit par conséquent être pris en compte avec réserve en raison du lien thérapeutique les unissant, d'autre part il n'explique pas les motifs pour lesquels l'état psychique actuel (angoisse extrême) du recourant serait une conséquence de l'accident du 25 décembre 2011, alors même qu'en avril 2012, l'assuré niait toute souffrance psychique et que le psychiatre du CRR qui l'a examiné n'a trouvé " aucune singularité atteignant le seul d'un trouble dans le registre psychiatrique". Pour le reste, le Dr P. _____ retient lui-même que sur le plan physique l'inaptitude au travail était tout au plus aux alentours de 7 à 8 %. Il ne donne par ailleurs pas d'explications claires au sujet de restrictions.

Enfin, formellement invité à rendre compte de l'évolution de son état de santé et à produire à cet égard toute pièce médicale utile, le recourant s'en est abstenu, sans explication.

Vu ce qui précède, il pouvait être retenu une pleine capacité de travail 6 mois après l'accident; il n'y a pas lieu de reconnaître une incapacité de travail au-delà de ce délai, comme le demande le recourant.

Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire de compléter l'instruction du point de vue médical, en ordonnant une expertise judiciaire ou en recueillant le témoignage de médecins, dès lors que l'évaluation médicale de la CRR remplit toutes les exigences auxquelles la

jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. consid. 5b ci-dessus; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2; 9C_440/2008 arrêt du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

b) Le recourant prétend par ailleurs que l'intimée serait tombée dans l'arbitraire en fixant le statu quo sine six mois après la survenance de l'accident du 25 décembre 2011 sans autre mesure d'instruction, alors que la jurisprudence du Tribunal fédéral prévoit un délai maximal de douze mois (TF 8C_1009/2009 d 4 mai 2010 consid. 3.1.1.).

Ce "second argument" se confond en réalité avec le premier, dont on a vu qu'il était mal fondé.

Pour le surplus, la Cour de céans relève que l'argumentation du recourant qui tend à déduire des circonstances de l'accident et du diagnostic retenu un motif pertinent pour fixer le statu quo au maximum du délai retenu par la jurisprudence fédérale ne repose sur aucun élément médical pertinent, étant souligné que les circonstances de l'accident du 25 décembre 2011 ne sauraient en aucun cas être qualifiées de particulièrement traumatisantes : des 4 occupants des 2 véhicules, seul le recourant a été blessé, alors que celui-ci a déclaré s'être attendu au choc, s'y être préparé en ralentissant jusqu'à environ 40 km/h puis en effectuant un freinage d'urgence ainsi qu'en se calant dans son siège alors que sa ceinture de sécurité était bouclée et les appuie-tête réglés.

c) En définitive, l'intimée était fondée, au regard de la jurisprudence citée plus haut, à considérer que le statu quo sine vel ante a été atteint au plus tard le 24 juin 2012 et, partant, à refuser de prendre en charge les conséquences financières des troubles présentés par le recourant au-delà de cette date.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. Reste à examiner la question des frais judiciaires et des dépens.

b) En l'espèce, le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance et des frais de justice ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a, b et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'occurrence, Me Isabelle Jaques a chiffré à 13 heures 60 le temps consacré à ce dossier pour la période du 21 novembre 2012 au 10 juin 2014. Après examen détaillé, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté, vu notamment les écritures, l'ampleur du dossier et le fait que l'avocate n'a été consultée qu'en procédure judiciaire. C'est ainsi un montant de 2'448 fr. (13 heures 60 x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées dès le 21 novembre 2012. En outre, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, il convient d'allouer à Me Jaques le montant de 11 fr. qu'elle réclame à titre de débours. En définitive, compte tenu de la TVA par 8 % calculée sur les honoraires proprement dits et les débours (196 fr. 75), l'indemnité d'office doit être fixée à 2'655 fr. 75.

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice
(cf. art. 61 let. a LPGA).

Quoique l'intimée obtienne gain de cause, elle ne saurait prétendre à des dépens. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), condition qui n'est pas réalisée en l'espèce.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 19 octobre 2012 est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire ni alloué de dépens.

- IV.** L'indemnité de conseil d'office de Me Isabelle Jaques est fixée à 2'655 fr. 75 (deux mille six cent cinquante-cinq francs et septante-cinq centimes), TVA et débours compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité de conseil d'office provisoirement supportée par l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne (pour le recourant),
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour l'intimée),
- Office fédéral de santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :