

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 septembre 2014

Présidence de Mme BERBERAT
Juges : Mmes Thalmann et Pasche
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles Miauton, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4, 7 et 8 LPGA ; 6, 18 et 24 LAA ; 36 et annexe 3 OLAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine portugaise, est marié et le père d'un enfant. Il a travaillé auprès d'I._____ à [...] en qualité de cariste à 100% du 6 juin 2003 au 19 juin 2009.

Le 28 juin 2010, Z._____ a été victime d'un accident en tombant d'une échelle alors qu'il était en vacances au Portugal. Transporté en ambulance à l'Hôpital P._____, les radiographies ont montré une fracture de L1. Il a ensuite été transféré à l'Hôpital R._____ où le scanner effectué a montré une fracture de type Burst de L1. Une spondylodèse D12-L1-L2 a été réalisée le 30 juin 2010. L'assuré est sorti de l'hôpital le 3 juillet 2010 (cf. déclaration de sinistre du 15 juillet 2010, attestation de l'Hôpital R._____ du 3 juillet 2010 et document intitulé « premier entretien » établi par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci-après : la CNA ou l'intimée] le 21 septembre 2010).

L'assuré étant au chômage depuis le 19 juin 2009, la CNA a pris en charge le cas.

L'assuré a ensuite été suivi par son médecin traitant, le Dr F._____, lequel a diagnostiqué une fracture de L1 selon le rapport médical portugais et la radiographie. Il a préconisé un traitement de physiothérapie à sec et en piscine à raison de deux séances par semaine, ce qui a permis l'arrêt des médicaments antalgiques. Il a attesté une incapacité de travail totale dès le 28 juin 2010, date de l'accident (rapports du Dr F._____ du 2 août 2010 et du Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, du 13 octobre 2010).

Le 11 août 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité précisant, quant au genre de l'atteinte, « une vertèbre cassée » depuis le 28 juin 2010.

Dans un rapport intermédiaire du 7 octobre 2010 à la CNA, le Dr F._____ a décrit une situation lentement favorable, avec le risque d'un dommage permanent sous forme de douleurs résiduelles.

Le 13 octobre 2010, l'assuré a été examiné par le Dr G._____. Selon un rapport daté du même jour, l'assuré a expliqué qu'il suivait un traitement de physiothérapie à raison de deux séances hebdomadaires, mais que les douleurs restaient importantes à l'effort et lorsqu'il restait assis plus de vingt minutes. Il mentionnait également des douleurs dans le pli inguinal gauche, apparaissant plutôt en fin de journée avec des épisodes de faiblesse et un sentiment de lâchage du genou gauche à la marche. Les douleurs persistant, le Dr G._____ a préconisé un séjour à la Clinique X._____ (Clinique X._____) afin de réadapter l'assuré et d'évaluer ses capacités fonctionnelles pour une reprise du travail.

Selon un rapport du Dr J._____, médecin qui a réalisé la spondylodèse au Portugal le 30 juin 2010, l'assuré présentait des lombalgies et une douleur dans la région inguinale gauche à l'effort. Le Dr J._____ estimait que le matériel placé lors de l'opération était en bonne position. Au niveau L1 gauche, il y avait toutefois « une violation de la paroi interne L pédiculaire (environ 1 mm) qui ne parai[ssait] pas avoir de répercussions neurologiques ». Il considérait que l'assuré pouvait reprendre sa vie professionnelle sans limitation et pouvait porter des charges « conformément à sa tolérance ».

L'assuré a séjourné à la Clinique X._____ du 23 novembre au 21 décembre 2010. Le CT-scan de la colonne lombaire réalisé, dans ce cadre, le 26 novembre 2010 montrait un « status post spondylodèse habituelle, non compliquée en D12, L1 et L2 » (rapport des Drs B._____ et K._____, spécialistes en radiologie, du 29 novembre 2010). Les médecins de la Clinique X._____, les Drs C._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, et U._____, médecin assistant, ont rendu un rapport le 10 février 2011. Ces médecins ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles

pour douleurs lombaires irradiant au pli inguinal gauche, ainsi que les diagnostics secondaires de chute d'une échelle avec fracture L1 type Burst le 28 juin 2010 et de spondylodèse D12-L2 le 30 juin 2010. Ils ont notamment exposé ce qui suit dans la rubrique « appréciation et discussion » de leur rapport :

« [...]

En prenant le CT-scan initial pré-opération de la colonne lombaire et celui du 26.11.2010, on voit que la spondylodèse a permis une consolidation correcte de la colonne antérieure. Il n'y a pas de greffe postérieure. La vis L2 gauche est pour moitié intra-canalair et le canal vertébral est large à ce niveau. Nous informons le patient de ces constatations et lui suggérons d'apporter l'intégralité du dossier d'imagerie à son chirurgien au Portugal, auprès duquel il a un rendez-vous le 30.12.2010, pour une consultation de contrôle. Notre confrère portugais devrait déterminer si une ablation de la vis en question est nécessaire et préciser les limitations fonctionnelles de son point de vue, en particulier pour le port de charges. Pour l'instant la limite est fixée à 7.5 kg.

[...]

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE CARISTE

-100% du 23.11.2010 au 23.01.2011 puis à réévaluer (patient au chômage).»

Dans un courrier du 3 février 2011 au Dr F._____, le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que le CT-scan confirmait que la vis L1 gauche était trop médiane d'environ 2 mm et qu'elle irritait certainement la racine L1 gauche, ce qui semblait expliquer les douleurs ressenties par l'assuré. La fusion osseuse étant déjà correcte bien qu'incomplète, il lui semblait dès lors plus prudent de garder l'instrumentalisation à droite et de remettre la tige gauche sur D12 et L2 après l'ablation de la vis L1. Le Dr N._____ indiquait que le patient estimait ses douleurs acceptables et qu'il ne souhaitait pas de nouvelle intervention.

Le 10 mars 2011, l'assuré a consulté le Dr J._____ au Portugal pour avis sur une éventuelle ablation de la vis. Selon son rapport du 17 mars 2011, la vis pouvait être retirée une année après l'accident, sans garantie que cela soulage ses douleurs.

Le 4 juillet 2011, le mandataire de l'assuré, Me Sofia Arsénio, a demandé des informations sur l'avancement de son dossier. Le case manager de la CNA a répondu, le 8 juillet 2011, comme suit :

« [...] »

Actuellement, M. Z. _____ est suivi par l'institution Intégration Pour Tous. Cette institution a pour mission de retrouver une activité adaptée à M. Z. _____. Notre assuré devrait prochainement effectuer des stages dans différentes entreprises.

Du point de vue médical, M. Z. _____ a longuement hésité à se faire opérer. Cette opération n'étant pas envisagée pour le moment, le dossier de notre assuré a été transmis à notre service médical afin de procéder au bilan final. Dès lors, M. Z. _____ sera prochainement convoqué par notre médecin d'arrondissement.

[...] »

Le 23 août 2011, l'assuré a débuté un stage de chauffeur (transports de personnes, petites livraisons, comme les repas par exemple) à l'Y. _____ à 50%, tous les matins.

Le 28 septembre 2011, le Dr G. _____ a examiné l'assuré, lequel se plaignait de douleurs persistantes au niveau du dos avec des phénomènes de blocage du côté gauche. En outre, les douleurs inguinales gauches étaient particulièrement présentes et plus intenses depuis le printemps 2011. Le Dr G. _____ a établi un rapport daté du même jour, dont la teneur était notamment la suivante :

« **EXAMEN CLINIQUE :**

Patient de 39 ans, en apparence bonne santé.

Le déshabillage s'effectue sans entrave. La marche à pieds nus, dans la salle d'examen s'effectue à un bon rythme, sans boiterie. L'accroupissement est profond et le relèvement aisé.

La marche sur les talons et sur la pointe des pieds est effectuée correctement ddc [des deux côtés].

Rachis :

La distance doigts-sol est de 35 cm. Les inclinaisons latérales sont possibles mais avec une forte restriction du côté gauche et des

douleurs alors que l'inclinaison du côté droit montre une amplitude physiologique. La réclinaison postérieure est fortement restreinte et une importante résistance est manifestée par l'assuré.

En décubitus dorsal, les membres inférieurs sont normo-axés. Absence d'amyotrophie au niveau des loges musculaires des cuisses et des mollets. Les réflexes ostéo-tendineux sont absents au niveau rotulien bilatéralement. Seul le réflexe achilléen gauche est obtenu.

A l'examen de la sensibilité, une hypoesthésie est annoncée par l'assuré à la face antérieure et latérale de la cuisse gauche ainsi qu'à la face latérale du mollet gauche.

La force est symétrique au niveau des membres inférieurs.

On reproduit des douleurs à la mobilisation de la hanche gauche qui montre des amplitudes en flexion-extension de 90°-0-0. Des douleurs sont signalées en fin de flexion.

En rotation interne-externe, les amplitudes sont de 15°-0-30° avec également des douleurs en rotation interne forcée.

Au testing par le Lasègue, des douleurs inguinales gauches sont signalées dès 45°.

En position debout, le bassin est équilibré. On palpe une contracture musculaire para-vertébrale gauche.

APPRECIATION :

Cet assuré de 39 ans, est victime, le 28.6.2010, d'une fracture Burst de L1 à la suite d'une chute d'une échelle au Portugal. Il est opéré 48 heures plus tard par une spondylodèse D12-L1-L2.

L'assuré est vu une première fois à l'agence le 13.10.2010 et il est adressé à la Clinique X. _____ [Clinique romande de réadaptation] où il séjourne du 23.11 au 21.12.2010.

Les examens radiologiques montrent que la vis L1 gauche est partiellement intra-canalair. Divers avis sont pris. Le Dr N. _____, neurochirurgien, propose l'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse]. Le Dr [...], chirurgien orthopédique, déconseille l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, arguant que les douleurs présentes ne seront pas forcément diminuées après AMO.

L'opérateur, le Dr J. _____, au Portugal, déconseille également l'AMO mais se déclare prêt à réaliser cette intervention si l'assuré le souhaite.

L'assuré désire attendre pour l'instant. Il poursuit son traitement de physiothérapie et prend 2 à 3 fois par semaine un comprimé d'anti-inflammatoires.

Une certaine hypoesthésie est présente au niveau du MIG [membre inférieur gauche] ainsi que des douleurs inguinales dont l'origine ne paraît pas forcément liée à la fracture de L1. A ceci s'ajoutent des lâchages du MIG pour lesquels un examen neurologique paraît souhaitable.

A cet effet, je remercie le Dr Q._____, qui me lit en copie, de bien vouloir convoquer l'assuré dans ses meilleures convenances. »

Le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a examiné l'assuré le 10 novembre 2011. Dans son rapport du 11 novembre 2011, il a observé ce qui suit (cf. rubrique « résumé du cas et appréciation » du rapport) :

« M. Z._____ est un patient jusqu'ici en bonne santé habituelle victime le 28.06.2010 d'une chute d'une échelle ayant entraîné une fracture Burst de L1 sans déplacement ni atteinte neurologique immédiate traitée par spondylodèse D12-L2.

Dans les suites immédiates et différées de l'événement accidentel et de son traitement, M. Z._____ va donc se plaindre de douleurs dorso-lombaires ainsi que de douleurs inguinales irradiant à la face antérieure de la cuisse gauche, douleurs se compliquant de troubles moteurs et de troubles sensitifs à la face antérieure de la cuisse.

Un CT-Scan lombaire a été pratiqué qui n'a pas révélé d'explication claire aux plaintes hormis aux dires du Dr N._____ une possible mal position d'une des vis susceptible d'irriter la racine L1.

Malgré les troubles précités, M. Z._____ a repris une activité de chauffeur-livreur à 50% mais se déclare incapable d'augmenter son taux d'activité.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué permet de retrouver une limitation modérée de la flexion latérale et antérieure dorso-lombaire avec provocation de quelques douleurs locales. La percussion des apophyses épineuses au niveau de la jonction dorso-lombaire reste sensible ; il n'y a par contre pas de contracture de la musculature paravertébrale. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées, le patient parvenant notamment à monter sur un escabeau. A l'examen des membres inférieurs, on note une palpation de l'aîne gauche électivement sensible mais sans signe de Tinel à ce niveau. La trophicité musculaire et les réflexes tendineux sont bien préservés. Le testing de la force musculaire ne révèle pas de déficit moteur certain bien qu'on note des phénomènes de lâchages à caractère antalgique au niveau de la musculature proximale du membre inférieur gauche. L'examen de la sensibilité, quant à lui, est caractérisé par une dysesthésie globale du membre inférieur gauche sans topographie radiculaire ou tronculaire.

En bref, un examen clinique à considérer comme n'apportant pas la preuve d'une atteinte neurologique significative.

L'examen clinique a été complété par un ENMG [électroneuromyogramme] qui ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur gauche ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire, avec des tracés à basse

fréquence mais normalement riches évoquant des phénomènes de lâchages à l'origine des déficits constatés cliniquement.

En conclusion, sans permettre d'écarter une discrète irritation radiculaire ou tronculaire, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte neurologique. A relever que la topographie des troubles sensitifs n'est pas une topographie L1 mais plutôt L3 ; il n'y a néanmoins pas d'éléments corroborant une telle suspicion au vu de l'absence de déficit de la trophicité, des réflexes tendineux. Outre une atteinte radiculaire, on peut bien entendu évoquer la possibilité d'une irritation du nerf crural au passage de l'arcade inguinale mais le patient ne signale pas de phénomènes de décharges électriques et l'examen clinique, s'il met en évidence une douleur à la pression des insertions tendineuses inguinales gauches, ne démontre pas de franc signe de Tinel.

En bref, un bilan n'apportant pas d'explication claire aux plaintes formulées par le patient. Pour ma part, je crois peu probable qu'un éventuel mal positionnement de la vis explique les plaintes formulées [par] le patient mais... Etant donné l'absence d'explication claire aux plaintes jusqu'ici, peut-être vaudrait-il la peine de pratiquer encore une IRM [imagerie par résonance magnétique] de la région abdominale inférieure, pelvienne et fessière. »

Le 14 novembre 2011, l'assuré a débuté un nouvel emploi à 60% en qualité de chauffeur pour un particulier, le salaire mensuel s'élevant à 3'600 fr. brut.

Selon le rapport du Dr G. _____ du 23 novembre 2011, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une profession permettant l'alternance de position assise et couchée. Des limitations concernant la marche prolongée ainsi que la marche répétée et la montée des échelles, des escaliers et des échafaudages étaient également à considérer. Le port de charges ne devait pas excéder 10 kg et le travail en porte-à-faux était à éviter. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, le Dr G. _____ a retenu que l'assuré souffrait de douleurs minimales plus ou moins permanentes, accentuées à l'effort, et que les radiographies post-opératoires montraient une hauteur relativement bien rétablie de la vertèbre L1 et un bon alignement des corps vertébraux, sans cyphose ou scoliose associée. Selon la table 7 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), l'assuré avait droit à une indemnité basée sur un taux de 10%.

Par courrier du 24 février 2012, la CNA a informé l'assuré qu'il avait droit au versement d'indemnités journalières de 24 fr. 55 à compter du 14 novembre 2011, soit le jour où il avait débuté son nouvel emploi, et non plus de 116 fr. 90, comme c'était le cas depuis le jour de son accident.

Une IRM du bassin et pelvienne a été réalisée le 27 février 2012. Le Dr T._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une bursite en regard de l'insertion des ischio-jambiers gauches, mais qui ne semblait pas correspondre à la zone douloureuse signalée par le patient, ainsi qu'une très discrète bursite bilatérale, parfaitement symétrique, en périphérie de l'insertion des moyens fessiers au contact des grands trochanters (cf. rapport du 27 février 2012).

Dans un courrier du 8 mars 2012 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), la CNA a expliqué qu'une erreur s'était glissée dans le rapport du 23 novembre 2011 du Dr G._____ et que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une profession permettant l'alternance de position assise et « debout », et non pas « couchée » comme il avait été mentionné dans ce rapport.

Dans un courrier du 20 mars 2012 à la CNA, I._____ a indiqué que le dernier salaire de l'assuré en 2009 s'élevait à 4'072 fr. par mois pour un taux d'activité de 100% et que s'il avait travaillé en pleine possession de ses moyens à 100% en 2010, il aurait perçu un salaire de 4'153 fr. 45 par mois, 4'195 fr. en 2011 et 4'216 fr. en 2012. Il avait en outre aussi droit à une treizième salaire versé au mois de décembre.

Par décision du 23 mai 2012, la CNA a mis fin au paiement des indemnités journalières et des soins médicaux au 30 juin 2012, au motif qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident du 28 juin 2010. La CNA a en outre refusé le droit à une rente d'invalidité, une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident n'existant pas. Elle s'est basée sur l'appréciation médicale du Dr G._____ lequel a reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans une profession permettant l'alternance des

positions assise et debout sans port de charges au-delà de 10 kg. Il retenait également des limitations concernant la marche prolongée, la marche répétée, la montée des échelles, des escaliers et des échafaudages. Il fallait également éviter le travail en porte-à-faux. Enfin, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% a été octroyée à l'assuré.

Le 25 juin 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à cette décision. Il a fait valoir que son médecin traitant estimait l'atteinte à son intégrité à 20% et qu'il y avait dès lors lieu de l'interpeller à ce sujet pour obtenir son appréciation médicale. En outre, il a allégué que la décision du 23 mai 2012 n'était pas suffisamment motivée s'agissant du refus de rente, aucun calcul n'ayant été réalisé pour déterminer l'atteinte à sa capacité de gain.

Par courrier du 22 août 2012, la CNA a transmis à l'assuré cinq descriptions de poste de travail (ci-après : DPT) dans les positions de chauffeur-livreur, collaborateur de production et employé de garage, portant le gain d'invalidé à 54'536 fr. 60, qui comparé au revenu de 54'808 fr. qu'il aurait pu réaliser chez son dernier employeur (I. _____), n'entraînait aucune perte économique.

Dans un courrier du 10 octobre 2012, l'assuré a maintenu les objections développées à l'appui de son opposition, précisant qu'il ne pouvait exercer une activité professionnelle à 100%.

Par décision sur opposition du 23 octobre 2012, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision. Elle a précisé, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qu'aucun élément médical ne permettait de s'écarter de l'appréciation du médecin d'arrondissement.

B. Par acte du 26 novembre 2012, Z. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 23 octobre 2012, en concluant au versement d'une rente d'invalidité dont le taux serait déterminé en cours d'instruction et d'une indemnité pour atteinte à

l'intégrité au taux de 20%, subsidiairement au renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction. Le recourant fait valoir que l'activité de chauffeur telle qu'il l'exerce respecte ses limitations fonctionnelles, les trajets effectués n'étant que de courte durée. Il soutient que même dans une activité respectant ses limitations, il n'est pas en mesure de travailler à un taux de 100%, conformément aux constatations du Dr F._____. Le recourant se réfère en outre à l'appréciation de ce médecin pour considérer qu'il a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%.

Le 27 novembre 2012, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 octobre 2012, Me Sofia Arsénio ayant été désignée comme avocate d'office.

Le 28 novembre 2012, l'OAI a rendu un projet de refus de rente d'invalidité au motif que le revenu d'invalidé (56'913 fr. 95) auquel le recourant pourrait prétendre est au moins aussi élevé que celui réalisé avant l'atteinte à sa santé (56'540 fr. 45).

Dans sa réponse au recours du 10 janvier 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Elle a considéré qu'à défaut d'élément médical contraire apporté par le recourant, il y avait lieu de se fonder sur l'appréciation du 23 novembre 2011 du Dr G._____, laquelle revêtait une pleine valeur probante.

Dans sa réplique du 14 mars 2013, le recourant a requis un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale. A l'appui de ses déterminations, le recourant a produit un rapport de son nouveau médecin traitant, le Dr M._____, du 26 février 2013. A teneur de ce rapport, le recourant n'était pas apte à travailler à 100%. Selon ce médecin, l'activité de chauffeur exercée par le recourant lui permettait d'évoluer à son rythme, dans des positions alternées. Son rendement était diminué de 20% dans cette activité. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr M._____ a considéré que le taux de 10% retenu

semblait justifié en présence d'une fracture sans trouble neurologique ni déformation statique importante.

Le 16 août 2013, la CNA a confirmé ses conclusions. Elle a expliqué avoir soumis le nouveau certificat en cause pour appréciation au Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et membre du Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA. Dans son rapport du 13 août 2013, ce médecin a conclu qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux concrets pour attester une capacité de travail partielle dans une activité adaptée. L'incapacité de travail soulevée par le Dr M._____ n'était pas explicable d'un point de vue organique et celui-ci n'avait pas spécifié à quel autre taux le recourant pouvait travailler et en quoi consisterait la perte de capacité dans une profession adaptée. En outre, le Dr S._____ a soulevé que l'activité de chauffeur ne respectait pas pleinement l'exigibilité définie et on pouvait se demander si elle était l'activité la plus adaptée pour une personne souffrant de dorsalgies chroniques et d'épisodes de lombalgies. Il confirmait en outre le taux de 10% de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par le Dr G._____.

Me Arsénio a transmis, le 19 décembre 2013, une note d'honoraire totalisant 10 heures 25 de travail et des débours de 331 fr. 80. Par décision du 10 janvier 2014 de la juge instructeur, Me Gilles Miauton a été désigné avocat d'office du recourant en remplacement de Me Arsénio, laquelle a cessé ses activités au Barreau à la fin 2013.

C. Entre-temps, le 3 octobre 2013, les parties ont été informées que le dossier de l'assurance-invalidité avait été produit et un délai leur a été imparti pour déposer leurs déterminations. Le dossier de l'assurance-invalidité contenait notamment les pièces médicales suivantes :

- un formulaire rempli par le Dr F._____, le 24 mars 2011, à l'attention de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants mentionnant que le recourant demeurait capable d'exercer de façon régulière des travaux légers respectant les restrictions

suivantes : pas de flexion, levage et port de charge fréquents ; l'alternance des postures de travail ; l'alternance de marche, station debout et position assise ; pas de risques de chute. Le Dr F._____ indiquait que le recourant ne pouvait exercer à temps plein en tant que cariste, à défaut de pouvoir soulever des charges. En revanche, il retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

- un rapport du Dr H._____, médecin au Service médical-régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), du 29 mai 2012, estimant que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail entière dans une activité adaptée permettant l'alternance de position assis et debout, évitant le travail en porte-à-faux, sur échelle ou échafaudage, la marche prolongée, la montée d'escaliers répétée, ainsi que le port de charges de plus de 10 kilos.

Le 25 octobre 2013, la CNA a maintenu ses conclusions, soulignant que le SMR retenait également une pleine capacité de travail du recourant dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Dans leurs déterminations respectives des 6 et 17 janvier 2014, les parties ont confirmé leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. a) 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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique 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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte, d'une part, sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, et d'autre part, sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité auquel il peut prétendre.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Conformément à 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. Le versement de prestations exige en outre que soit réalisée la condition de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 consid. 3.1. et 3.2). Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

b) L'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Est réputée incapacité

de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué 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).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

c) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b et les références ; TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1).

L'annexe 3 de l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (cf. ATF 124 V 29 consid. 1b et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (cf. ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1, 8C_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2). La table 7 traite de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. Elle prévoit l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en fonction, d'une part, de l'appréciation des douleurs fonctionnelles et, d'autre part, du degré de déformation en cas de fractures cervicales, dorsales ou lombaires, y compris spondylodèse, cyphose ou scoliose. L'appréciation des douleurs fonctionnelles s'échelonne en quatre degrés, de la manière suivante :

- « 0 » = pas de douleurs notables, limitation fonctionnelle minimale et rare, survenant surtout aux efforts importants
- « + » = douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (1 à 2 jours)
- « ++ » = douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts
- « +++ » = douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos ; charge supplémentaire impossible. Ces douleurs ne diminuent que lentement, après aggravation.

d) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 ss consid. 3 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec

l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

e) Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

4. a) Il n'est pas contesté que le recourant ne peut plus travailler dans son activité précédente de cariste. Cependant, se référant aux constatations de son médecin-conseil, le Dr G._____, et du Dr S._____, l'intimée a retenu que le recourant est capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, qui respecte ses limitations fonctionnelles, et que de ce fait, il ne subit pas de diminution de sa capacité de gain susceptible d'ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Quant au recourant, il estime que, même dans une activité adaptée, il n'est pas en mesure de travailler à

100%, conformément aux constatations de ses médecins traitants successifs, les Drs F._____ et M._____.

En l'espèce, l'intimée s'est basée, à juste titre, sur l'appréciation du Dr G._____ pour considérer que, malgré ses douleurs, le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, dans son rapport du 23 novembre 2011, le Dr G._____ a retenu, à l'instar du Dr H._____ du SMR (rapport du 29 mai 2012), qu'une profession permettant l'alternance de position assis et debout, mais évitant le travail en porte-à-faux, le port de charge excédant 10 kg, la marche prolongée, la marche répétée, la montée des échelles, des escaliers et des échafaudages, était exigible à 100%. Le Dr G._____ a examiné le recourant à deux reprises, les 13 octobre 2010 et 28 septembre 2011, donnant lieu à la rédaction de deux rapports, pour lesquels il a étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant lors des examens. Il a ainsi pris en compte les avis des Drs N._____ et J._____, favorable ou non, à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et pris note du fait que l'assuré ne souhaitait pas être opéré à nouveau. Le Dr G._____ a également constaté, à l'examen clinique du 28 septembre 2011, que le recourant présentait une hypoesthésie à la face antérieure et latérale de la cuisse gauche ainsi qu'à la face latérale du mollet gauche. La manœuvre de Lasègue provoquait des douleurs inguinales gauche dès 45° d'élévation. A l'examen en position debout, il existait une contracture musculaire paravertébrale gauche et le recourant montrait d'importante résistance aux mouvements. Ainsi, le Dr G._____ a adressé le recourant au Dr Q._____ pour un examen neurologique. Il a ensuite pris en compte le rapport du neurologue du 11 novembre 2011, qui concluait à l'absence d'atteinte neurologique significative, pour établir son rapport du 23 novembre 2011. En effet, le Dr Q._____ a observé que l'examen de la sensibilité était caractérisé par une dysesthésie globale du membre inférieur gauche, sans topographie radiculaire ou tronculaire. Les conclusions du Dr G._____, dans ses rapports des 28 septembre et 23 novembre 2011, sont donc dûment motivées et exemptes de contradictions. On relèvera encore que le Dr S._____ a confirmé que l'évaluation de la capacité de travail faite par le

Dr G._____ était adéquate. En effet, le Dr S._____ a considéré que la symptomatologie signalée au décours de l'intervention au niveau inguinal gauche était vraisemblablement la conséquence d'une irritation radiculaire, de gravité limitée, compte tenu de l'absence de compression aiguë, laquelle aurait été détectée cliniquement, d'une douleur essentiellement liée aux mouvements et à la fatigue, de l'absence de déficit moteur et surtout du fait que le recourant ne voulait pas subir une nouvelle opération (cf. appréciation médicale du 13 août 2013, p. 10).

Contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr F._____ a certes attesté une incapacité de travail entière à la suite de l'accident du 28 juin 2010, mais il indiquait déjà en octobre 2010 une situation lentement favorable, avec le risque d'un dommage permanent sous forme de douleurs résiduelles, puis en mars 2011, il estimait que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée (cf. formulaire du 24 mars 2011 à l'attention de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants). Finalement, le seul médecin à avoir émis un avis divergent est le Dr M._____. Il a retenu que le recourant ne pouvait travailler à 100%, mais n'a toutefois pas indiqué à quel taux il était en mesure de travailler ni l'origine de ses douleurs, retenant une diminution de rendement de 20% dans l'activité de chauffeur exercée. A ce sujet, on peut en outre s'interroger, à l'instar du Dr S._____, sur le caractère adéquat de l'activité de chauffeur, compte tenu des dorsalgies chroniques et épisodes de lombalgies du recourant et de ses limitations fonctionnelles, à savoir notamment l'alternance de position assise et debout.

Ainsi, en l'absence de divergence sérieuse entre le rapport du Dr M._____ et les autres documents probants figurant au dossier, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr G._____, selon lequel le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

b) L'intimée a procédé à une comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité. S'agissant du revenu d'invalidité, elle l'a

évalué à juste titre sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA. En effet, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidé peut être évalué selon cette méthode (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1 ; cf. TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3). Dans ce cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

Les Drs G._____, S._____ et H._____ ont indiqué dans leurs rapports respectifs que le recourant gardait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée s'il était tenu compte de ses limitations, à savoir une profession permettant l'alternance de position assis et debout, mais évitant le travail en porte-à-faux, le port de charge excédant 10 kg, la marche prolongée, la marche répétée, la montée des échelles, des escaliers et des échafaudages. Or, les cinq DPT retenues par l'intimée pour procéder au calcul de la perte de gain et du degré d'invalidité ne tiennent pas exactement compte de ces limitations. En effet, la première DPT de chauffeur-livreur (n°374313) mentionne un travail où l'employé ne peut décider librement s'il souhaite travailler en position assise ou debout et qui nécessite souvent de se déplacer sur des distances allant jusqu'à 50 mètres. La troisième DPT d'employé de garage (n° 11555) exige d'être rarement assis et souvent debout pour une longue durée, l'employé ne pouvant à nouveau décider s'il préfère travailler assis ou debout, ainsi que de se déplacer fréquemment sur des distances de moins de 50 mètres, mais rarement au-delà. Quant à la DPT de collaborateur de production (n° 597315), elle nécessite de travailler partiellement en équilibre. En

conséquence, la CNA ne pouvait se baser sur ces cinq DPT pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant.

Toutefois, même en se référant à la base des données statistiques ressortant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique – comme l'admet la jurisprudence (ATF 126 V 75) – le recourant ne présentait pas de diminution de sa capacité de gain susceptible d'ouvrir le droit à une rente. En effet, le revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347) s'élève à 4'901 francs en 2010. Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2010 (41,6 heures [La Vie économique 6-2014, p. 84, tableau B9.2], et non 41,7 heures comme retenu par l'OAI), le salaire mensuel de 4'901 fr. évoqué ci-dessus représente un revenu d'invalidé de 5'097 fr. 04 par mois (4'901 fr. x 41,6 : 40 heures), soit 61'164 fr. 48 par année. Il sied encore d'adapter ce montant à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+ 1.00% de 2010 à 2011 et + 0.80% de 2011 à 2012), opération qui permet d'aboutir à un revenu annuel de 62'270 fr. 33. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75, cconsid. 5b/cc). En l'espèce, une déduction de 10% au maximum est adéquate pour tenir compte des limitations fonctionnelles liées à l'atteinte au dos. Pour le reste, outre les limitations fonctionnelles du recourant, l'analyse du dossier ne révèle aucune autre circonstance personnelle ou professionnelle – au sens de la jurisprudence – susceptible de contribuer à désavantager l'assuré au moment d'un éventuel engagement. En procédant aux adaptations requises, on constate un revenu d'invalidé de 56'043 fr. 30 fr., lequel reste supérieur au revenu sans invalidité constaté de 54'808 fr., conformément aux renseignements fournis par l'ancien

employeur du recourant. Ainsi, à défaut de diminution de la capacité de gain du recourant, c'est à juste titre que la CNA a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

5. Reste à examiner le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, lequel a été fixé par la CNA à 10% du montant maximum du gain assuré, en se fondant sur l'évaluation à laquelle le Dr G._____ a procédé dans son rapport du 23 novembre 2011. Le recourant conteste ce taux, estimant qu'il devrait s'élever à 20% conformément aux constatations du Dr F._____.

Or, contrairement à ce que soutient le recourant, tous les médecins s'accordent sur le taux de 10%, y compris le Dr M._____, médecin traitant. Quant au Dr F._____, il ne s'est en réalité jamais prononcé sur la question. Pour le surplus, l'appréciation du Dr G._____ est dûment motivée. Ce dernier a en effet retenu que le recourant souffrait de douleurs minimes plus ou moins permanentes, accentuées à l'effort, et que les radiographies post-opératoires montraient une hauteur relativement bien rétablie de la vertèbre L1 et un bon alignement des corps vertébraux, sans cyphose ou scoliose associée. Il a dès lors fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10% en se fondant sur les tables d'indemnisations établies par la Division médicale de la CNA.

Compte tenu de ce qui précède, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% doit ainsi être confirmé.

6. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise, comme le requiert le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p.212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c

et la référence), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision sur opposition attaquée confirmée.

a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant qui succombe n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

b) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, Me Sofia Arsénio a produit le 19 décembre 2013 la liste de ses opérations, comprenant également le montant de ses débours, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Ainsi, c'est une somme de 1'875 fr. (10 heures 25 minutes au tarif horaire de 180 fr.) qui correspond à la rémunération de l'ensemble des opérations effectuées

jusqu'au 19 décembre 2013, à laquelle il convient d'ajouter un montant de 331 fr. 80 à titre de débours, soit 2'383 fr. 30, TVA à 8% comprise.

Me Gilles Miauton a été désigné, le 10 janvier 2014, en qualité de défenseur d'office, en remplacement de Me Arsénio. Le 25 août 2014, il a produit son relevé d'activité, lequel a été contrôlé au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Ainsi, doit être arrêtée, au titre de l'indemnité d'office, la somme de 421 fr. 20, TVA à 8% comprise, (2 heures et 10 minutes au tarif horaire de 180 fr.), qui correspond à la rémunération de l'ensemble des opérations effectuées du 26 décembre 2013 au 25 août 2014.

**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 le 23 octobre 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

- IV. L'indemnité d'office de Me Sofia Arsénio, ancien conseil du recourant, est arrêtée à 2'383 fr. 30 (deux mille trois cent huitante-trois francs et trente centimes), débours et TVA compris.

- V. L'indemnité d'office de Me Gilles Miauton, actuel conseil du recourant, est arrêtée à 421 fr. 20 (quatre cent vingt-et-un francs et vingt centimes), TVA comprise.

- VI. 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 des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles Miauton (pour Z. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :