

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 février 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Rossier et M. Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Matile

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Hüsnü Yilmaz, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA, 4, 8 al. 1 et 16 LPGA, 11 et 36 al. 1 OLAA

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé successivement en qualité de manœuvre et d'aide-monteur sanitaire auprès de différents employeurs jusqu'en 2004. A ce titre, il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA ou l'intimée).

L'assuré a été victime de quatre accidents, survenus entre 1990 et 1998, pour lesquels la CNA a versé les prestations légales, l'intéressé ayant pu reprendre le travail par la suite à 100% à chaque fois :

a) Le 26 février 1990, l'intéressé a chuté d'une hauteur de 2 à 3m sur son lieu de travail, occasionnant une contusion du sacrum et une plaie palmaire de la main droite, selon un rapport du 4 mars 1990 des Drs [...] et [...], respectivement chef de clinique et médecin assistant du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre A. _____.

L'assuré a séjourné du 2 au 25 mai 1990 à la Clinique [...]. Dans un rapport du 25 mai 1990, les médecins ont diagnostiqué des sacralgies chroniques et une coccydynamie après contusions du bassin remontant au 26 février 1990.

L'assuré a repris le travail à 100% dès le 11 juin 1990.

Il ressort d'un rapport d'accident, établi par la caisse le 27 juillet 1990, que "l'assuré est tombé en arrière sur la dalle du 2^{ème} étage, d'une hauteur de 1,5m environ".

b) En date du 5 juillet 1991, alors qu'il travaillait avec une machine agricole, l'assuré s'est entaillé la jambe gauche au niveau externe du pied et de la partie proximale de la jambe, ayant occasionné une fracture et une plaie du col péronier gauche ainsi qu'une plaie du dos du pied gauche au niveau du premier espace interdigital.

L'assuré a été pris en charge par les Drs [...] et [...], respectivement médecin chef et médecin assistant au Service d'orthopédie de l'Hôpital [...], lesquels ont posé, dans un rapport du 15 août 1991, les diagnostics de fracture du col péronier gauche, plaie à ce niveau, et de plaie du dos du pied gauche au niveau du premier espace interdigital. Le rapport précisait que l'intéressé avait pu rentrer à domicile le 11 juillet 1991, alors que la plaie des orteils était bien fermée et que la plaie supérieure de la jambe gauche, d'abord assez profonde, était propre et sans écoulement.

c) Le 21 octobre 1992, travaillant alors comme aide-monteur sanitaire, l'assuré s'est coincé le majeur de la main gauche entre des tuyaux, provoquant une fracture de la deuxième phalange avec une plaie.

Dans un rapport du 13 janvier 1993, le Dr [...], médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'assuré était apte à reprendre le travail à 100% dès le 14 janvier 1993.

d) Le 12 février 1998, l'assuré, suite à une glissade, est tombé contre la fourche d'un clark et a souffert d'une plaie ouverte à la jambe gauche, ayant nécessité deux points de suture.

B. Le 18 mai 2005, par le biais du Dr M._____, son généraliste traitant, l'assuré a demandé à la CNA d'être convoqué pour un examen médical. Il a avancé souffrir depuis plusieurs années de douleurs lombosacrées, au membre inférieur et au majeur gauches ensuite des quatre accidents survenus entre 1990 et 1998.

Lors d'un entretien du 2 juin 2005 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a déclaré, s'agissant de l'accident survenu en 1990, qu'il avait chuté d'une hauteur d'un peu plus que les deux ou trois mètres mentionnés par le Centre A._____. Il a expliqué qu'il souffrait de douleurs lombaires avec irradiations dans sa jambe gauche depuis cet accident. En outre, il a mentionné qu'il consultait un psychologue, suivant le conseil de son médecin traitant.

L'assuré a produit un rapport établi le 16 juin 2004 par le Dr [...], neurologue, lequel a relevé que le prénommé se plaignait notamment d'une fatigue chronique, d'un état dépressif et de douleurs diffuses intéressant l'ensemble des membres supérieurs et inférieurs. Ce médecin a considéré que le status neurologique était rigoureusement normal et que les plaintes du patient pouvaient dès lors être attribuées en tout cas en partie à un état dépressif avoué.

Dans un rapport du 25 août 2005, le Dr R._____, chirurgien orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que, si le dossier radiologique de l'assuré faisait état de troubles statiques et dégénératifs débutants pouvant expliquer quelques plaintes rachidiennes, il ne démontrait aucune lésion traumatique imputable à un quelconque accident. En particulier, le Dr R._____ considérait que les troubles rachidiens présentés ne pouvaient en aucun cas être mis en relation avec une contusion du sacrum sans lésion fracturaire survenue plus de quinze ans auparavant, ni avec la fracture du col du péroné, la plaie du dos du pied gauche ou encore celle de la deuxième phalange du majeur gauche. S'agissant des troubles psychiatriques, il estimait que la question de leur adéquation avec l'un ou l'autre des accidents annoncés pourrait cas échéant être soumise aux instances compétentes de la CNA.

Par décision du 7 septembre 2005, la CNA a refusé d'allouer ses prestations d'assurance pour les troubles annoncés par l'assuré, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre ceux-ci et l'accident du 12 février 1998 ou un autre accident assuré.

L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision en date du 22 décembre 2005.

Dans sa décision sur opposition du 5 janvier 2006, la CNA a partiellement admis l'opposition. Elle a maintenu le refus de prestations s'agissant des troubles psychiques et rachidiens, mais a consenti à une instruction complémentaire pour les lésions du membre inférieur gauche et du majeur gauche.

C. X. _____ a recouru contre cette décision le 4 avril 2006, en concluant, en substance, à son annulation. Il a considéré que l'accident du 26 février 1990 constituait un événement grave. Il a mentionné qu'il avait été licencié par la suite et qu'il n'avait cessé de souffrir du dos depuis lors, ce qui tendait à démontrer que cet accident était bien la cause de ses douleurs. A l'appui de son recours, l'assuré a produit un certificat établi le 30 juin 2006 par le Dr M. _____, lequel attestait avoir soigné son patient depuis le mois de novembre 2000 pour des lombalgies chroniques, des douleurs chroniques au membre inférieur gauche depuis la fracture de 1991 et une douleur chronique avec diminution de la sensibilité et raideur du majeur gauche depuis la fracture de 2000. En réplique, l'assuré a soutenu qu'il fallait retenir une chute d'une hauteur de 2 à 3m, et non de 1,5m comme dans le rapport de la CNA du 27 juillet 1990.

Par jugement du 8 mars 2007 (cause 36/06 - 39/2007), le Tribunal des assurances (désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) a admis le recours de l'assuré et renvoyé le dossier à la CNA pour complément d'instruction. En substance, il a constaté qu'il devait être admis que les troubles du membre inférieur et du majeur gauches n'étaient plus litigieux. Quant aux troubles du rachis, il a nié le lien de causalité entre ceux-ci et les quatre accidents subis par l'assuré, sur la base du rapport du Dr R. _____, auquel il a accordé valeur probante. S'agissant de la question d'un éventuel lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques allégués par l'intéressé et les événements accidentels, le Tribunal des assurances a retenu que les accidents de 1990 et 1991, soit la contusion du sacrum pour le premier et

la fracture du péroné gauche pour le deuxième, pouvaient être classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Quant à ceux de 1992 et 1998, ils étaient bénins et, comme tels, n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec les troubles psychiques, dès lors qu'ils concernaient respectivement une fracture de la deuxième phalange avec plaie et une plaie ouverte à la jambe gauche ayant nécessité deux points de suture. Le Tribunal des assurances a pour le surplus considéré qu'il convenait de renvoyer la cause à la CNA pour qu'elle détermine les conséquences cliniques et thérapeutiques des accidents de 1990 et 1991 afin de permettre de préciser l'existence d'un lien de causalité avec les troubles actuels, lui demandant de mettre en œuvre une instruction complémentaire tendant à déterminer la durée du traitement médical et celle de l'incapacité de travail due aux lésions physiques découlant des accidents survenus les 5 juillet 1991 et 21 octobre 1992 [recte: 26 février 1990 et 5 juillet 1991, étant admis que l'accident de 1992 était bénin].

D. Le 14 juin 2007, la CNA a déposé une demande de rectification, cas échéant d'interprétation du jugement précité, rejetée par un arrêt rendu le 25 mai 2009 par la Cour des assurances sociales (cause AA 89/08 ap. TF - 53/2009).

Le 21 août 2012, l'assuré a été auditionné par un inspecteur de la CNA, lequel a relevé que la situation demeurait inchangée dans la mesure où l'intéressé était toujours sans emploi, n'en cherchait pas et vivait de l'aide sociale. Le procès-verbal d'entretien établi à cette occasion mentionnait qu'il n'y avait pas de traitement particulier en cours pour les suites des accidents, que l'assuré avait renoncé de lui-même à un suivi psychiatrique suite au déménagement de son psychiatre et qu'il ne prenait plus d'antidépresseur.

L'assuré a été convoqué pour un examen final par le médecin d'arrondissement de la CNA le 6 septembre 2012. Dans son rapport du même jour, le Dr H._____, chirurgien, a relevé ce qui suit sous la rubrique "appréciation" de son rapport:

"Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai détaillés plus haut.

Actuellement, le patient dit qu'il souffre surtout du dos. Les douleurs à type de brûlures intéressent la région lombaire. Elles ont tendance à irradier vers le [membre inférieur gauche]. Le patient a aussi des douleurs dans les 2 jambes. Il est limité dans ses déplacements. Il ne peut pas rester longtemps dans la même position. Il a aussi des douleurs nocturnes qui le réveillent. Le patient souffre également du médius gauche. Il relève qu'on l'a forcé à travailler à la suite d'un précédent examen à l'agence alors que son doigt était loin d'être guéri. Depuis, il n'a jamais pu reprendre la guitare. Il n'y a pas d'autres plaintes.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient en surpoids modéré et légèrement déconditionné, qui a tendance à s'autolimiter.

Objectivement, il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral vraiment significatif ni de signe clair d'atteinte radiculaire. L'examen du genou gauche est normal. On note une petite cicatrice peu visible et bien coaptée sur le dos du pied gauche. La 2^{ème} phalange du médius gauche est légèrement déformée. Le fléchisseur profond est fonctionnel mais l'[articulation interphalangienne distale] est enraidie en extension. La flexion de l'[articulation interphalangienne proximale] est à peine limitée, tandis que celle de l'[articulation métacarpo-phalangienne] est complète. La force de serrage de la main gauche est modérément réduite chez un patient qui n'a pas beaucoup de force et qui ne semble pas donner toute la mesure de ses possibilités.

On conclut donc à des lombalgies banales, sans grand substrat anatomo-pathologique démontrable et sans relation avec un accident qui remonte à plus de 20 ans et qui n'a entraîné aucune lésion objectivable qu'on puisse directement lui rapporter.

Il n'y a pas de séquelles identifiables de l'accident du 5.7.1991, hormis une petite cicatrice sur le dos du pied.

On note un cal vicieux de la 2^{ème} phalange du médius gauche, s'accompagnant d'une raideur de l'[articulation interphalangienne distale] de ce doigt, lequel a cependant conservé une fonction globalement satisfaisante.

Il n'y a pas de traitement à envisager.

La capacité de travail est entière.

Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité indemnisable."

Par décision du 3 octobre 2012, la CNA a refusé de servir à l'assuré des prestations en espèces supplémentaires sous forme d'une rente d'invalidité et/ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, pour le motif qu'au regard du dossier médical et, en particulier, de l'examen du 6 septembre 2012, les troubles dont il se plaignait ne pouvaient plus s'expliquer, organiquement, comme étant des séquelles de l'accident dont il avait été victime.

L'assuré a formé opposition à cette décision le 29 octobre 2012, la qualifiant de "sommaire au vu du sérieux [du] dossier". Il contestait les conclusions du médecin conseil de la CNA et demandait à pouvoir être examiné par un médecin indépendant à choisir de concert.

Par décision sur opposition du 8 novembre 2012, la CNA a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 3 octobre précédent, au motif que le recourant ne souffrait d'aucune atteinte à sa santé entraînant une diminution de sa capacité de travail et qu'il n'existait pas de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés et les accidents de 1990 et 1991.

E. Par acte de son conseil du 10 décembre 2012, X. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il bénéficie des prestations de l'assurance-accidents, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction. En substance, il fait grief à l'intimée de s'être fondée sur un rapport d'expertise réalisé par le Centre B. _____ sur mandat de l'assurance-invalidité, lequel ne serait pas à même, selon lui, d'établir l'absence de rapport de causalité entre ses problèmes de santé et les accidents dont il a été victime. Il relève en outre que la CNA n'a pas participé à la mise en œuvre de cette expertise, en particulier qu'elle n'a pas soumis de questions aux experts, de sorte qu'elle ne peut pas utiliser leur appréciation dans le cadre de l'instruction qu'elle se devait de compléter à la suite du jugement du Tribunal des assurances du 8 mars 2007. Le recourant estime que les problèmes de santé qu'il présente sont en lien avec les accidents qu'il a subis. Il requiert enfin qu'une expertise judiciaire soit ordonnée "conformément au jugement du 8 mars 2007 du Tribunal des assurances".

Dans sa réponse du 12 février 2013, la CNA conclut au rejet du recours. Elle allègue que le recourant n'avance aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé des conclusions de son médecin-d'arrondissement et qu'en conséquence, il y a lieu de nier toute atteinte à

la santé physique en lien avec les accidents assurés. Sous l'angle psychiatrique, elle rappelle que seule est à examiner la question de savoir s'il existe un lien de causalité avec les accidents de 1990 et 1991, et estime qu'au regard du dossier médical, tel n'est pas le cas.

En réplique du 16 mai 2013, le recourant reproche derechef à l'intimée d'avoir repris les conclusions de l'expertise du Centre B._____ ordonnée par l'assurance-invalidité, sans avoir procédé elle-même aux mesures d'instruction ordonnées par le Tribunal des assurances. Il considère que dite expertise est insuffisante dans la mesure où elle ne se prononce pas sur les conséquences des accidents de 1990 et 1991 sur sa capacité de travail. Il produit un rapport du 31 mars 2004 des Drs P._____ et [...], respectivement chef de clinique et médecin assistant au Département C._____, lesquels avaient reconnu l'existence d'un trouble dépressif majeur. Il produit également un rapport du 6 mai 2013 du Dr S._____, son psychiatre traitant depuis le mois de septembre 2012, qui pose le diagnostic d'état de stress post-traumatique avec évolution chronique, entraînant une modification durable de la personnalité et se manifestant depuis 2004 par un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique. Ce médecin a répondu aux questions posées par le conseil de son patient de la manière suivante:

"4. Question: Sur la base des rapports d'accident et de vos séances, pensez-vous que Monsieur X._____ souffre, sur le plan psychique, des suites de ces accidents?

Réponse: Oui, je pense que Monsieur X._____ souffre, sur le plan psychique, des suites de ces accidents.

5. Question: Dans l'affirmative, pensez-vous que les suites de ces accidents sont différentes des problèmes psychiques dont souffre votre patient, notamment ceux dus à son anamnèse sociale et familiale?

Réponse: je pense qu'il est difficile d'établir une distinction systématique entre les troubles psychiques dus aux accidents précités et les autres troubles psychiques, dus à son anamnèse sociale et familiale; toutefois, sur certains points précis, la réaction aux accidents de 1990-1992 ou 1993 diffère de celle aux événements familiaux dramatiques de 1999-2000.

6. Question: Dans le cas où il serait possible de faire une distinction entre les troubles psychiques dus aux accidents précités et les autres troubles psychiques, pourriez-vous préciser l'incapacité de travail due aux suites des accidents dans l'activité habituelle de votre patient et dans toute autre activité plus adaptée qui peut entrer en ligne de compte?

Réponse: dans la mesure où je ne suis pas capable d'établir cette distinction systématique, je ne puis répondre de manière entièrement satisfaisante à votre question. J'estime en tous cas que les accidents de 1990 et 1991 ont joué un rôle essentiel, dans la mesure où ils ont été cause pour Monsieur X. _____ d'une fragilisation qui a contribué de manière importante au développement ultérieur d'un état dépressif récurrent avec somatisations ainsi qu'à l'incapacité de travail dès 2004. Peut-être serait-il possible d'évaluer cette question dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Au surplus, il faut noter qu'il n'existe plus d'activité habituelle de Monsieur X. _____ depuis 2004.

7. Question: Par ailleurs, les médecins du Centre B. _____ ont estimé que Monsieur X. _____ ne souffre d'aucun trouble physique, ni psychique pouvant justifier une incapacité de travail. Etes-vous d'accord avec les conclusions des experts?

a. Si non, en quoi vos diagnostics et votre appréciation de la capacité de travail est-elle divergente?

b. Si vous deviez vous limiter aux seules suites des accidents de 1990 et 1991, sur l'état de santé de votre patient, quelle critique pourriez-vous apporter aux experts du Centre B. _____?

Réponse: Sur la question relative aux troubles physiques, je ne suis pas compétent. Sur la question des troubles psychiques, je ne suis pas d'accord avec les conclusions des experts:

a. Mon appréciation du diagnostic et de la capacité de travail diverge dans la mesure où l'expertise Centre B. _____ ne mentionne pas l'état de stress post-traumatique avec évolution chronique et modification de la personnalité; mon appréciation diverge également quant au fait que l'expertise Centre B. _____ classe le "Trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F33.1) depuis 2004" dans la catégorie: "Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail" (page 23 de l'expertise Centre B. _____);

b. Je puis critiquer l'expertise Centre B. _____ sur le fait qu'elle ne tient pas compte de la présence chez Monsieur X. _____ d'un état de stress post-traumatique consécutif aux accidents, avec évolution chronique entraînant une modification de la personnalité et une fragilisation psychique durable, fragilisation qui a rendu pour lui plus difficile la réaction aux événements dramatiques de 1999 et 2000, et a contribué de manière importante au développement d'un état dépressif récurrent avec somatisations ainsi qu'à l'incapacité de travail dès 2004".

En duplique du 11 juillet 2013, la CNA confirme ses conclusions, estimant que l'avis du Dr S. _____, établi tardivement, ne saurait remettre en cause sa position.

Dans ses déterminations du 31 octobre 2013, le recourant maintient ses griefs à l'endroit de l'intimée. Il produit un nouveau rapport du Dr S. _____ du 10 septembre 2013, lequel estime que le Dr H. _____ a minimisé les conséquences psychiques des accidents. Pour le psychiatre traitant, le fait qu'aucun autre rapport ne fasse état d'un état de stress post-traumatique s'expliquerait par le contexte de deuil dans lequel se

trouvait son patient à l'époque et l'organisation psychique de ce dernier, qui l'empêchaient d'évoquer spontanément d'autres éléments que ceux au sujet desquels il était questionné.

F. Dans le cadre de l'instruction de la présente affaire, le dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) concernant le recourant a été produit.

Il en ressort en particulier les pièces suivantes:

- un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité du 20 septembre 2006;
- un rapport du 26 décembre 2006 du Dr M. _____ à l'OAI, qui retient les diagnostics principaux d'état dépressif chronique et d'état de fatigue chronique avec lombalgies basses chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, douleurs musculaires diffuses, démangeaisons cutanées et déviation de la cloison nasale gauche avec obstruction nasale chronique, existant depuis 2003, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de rhinite allergique et toux chronique récidivante, de status après plusieurs accidents dans le passé occasionnant des contusions au sacrum (1990), une fracture du col péronier gauche (1991), une fracture de la deuxième phalange du majeur gauche (2002) avec douleurs chroniques au sacrum, à la jambe et au majeur gauches, de diabète type 2 non insulino-dépendant, de tabagisme chronique et de consommation d'alcool épisodique;
- le rapport d'expertise du Centre B. _____ évoqué en procédure, réalisé le 11 février 2008 par les Drs [...], rhumatologue, [...], psychiatre et psychothérapeute, et [...], interniste, dont le chapitre "synthèse et discussion" est rédigé en ces termes:

"Rappel de l'histoire médicale:

Monsieur X. _____ est un assuré de 45 ans, kurde de Turquie, marié, père de trois enfants dont deux sont à charge. Sa dernière activité a été celle d'installateur sanitaire.

Il se plaint de douleurs séquellaires suite à des accidents, soit de la région paralombaire gauche suite à une chute en 1990, du genou gauche suite à un accident en 1991 et du troisième doigt de la main gauche suite à un accident en 1992. Depuis les douleurs sont persistantes, constantes chroniques, augmentées selon les efforts. A noter qu'il n'y a aucun traitement pour ces douleurs actuellement.

Par ailleurs, diabète type II traité par régime seul (autocontrôles) depuis 2005.

Situation actuelle:

Sur le plan ostéo-articulaire, l'examen clinique est pauvre, hormis une raideur de l'[articulation interphalangienne distale] 3 à gauche. Des radiographies ont été effectuées le jour de l'expertise, soit du genou gauche, de la colonne lombaire, du bassin et du pied gauche. Elles sont normales et ne permettent pas d'expliquer objectivement les plaintes du patient.

Il y a donc une discordance nette entre l'objectif et le subjectif et on ne peut retenir aucune limitation.

La capacité de travail est complète avec un rendement complet.

Sur le plan médecine interne, l'assuré présente des affections banales qui n'entraînent aucune limitation, si ce n'est un horaire si possible régulier en raison du diabète.

La capacité de travail est complète avec un rendement complet.

Sur le plan psychique, il n'y a pas de pathologie à relever jusqu'aux environs de 2003-2004. Le côté plaintif est bien présent depuis ses accidents en 1990, dont les séquelles somatiques n'expliqueraient pas à elles seules de telles attitudes algiques.

En 2004 le diagnostic de dépression majeure est posé par le Dr P. _____ du Département C. _____. Ce diagnostic sera confirmé en 2007. M. X. _____ nécessite un suivi psychiatrique en place depuis 2004.

En conclusion, cet homme a une existence sans élément particulier à signaler jusqu'à ses études gymnasiales, moment à partir duquel plusieurs ruptures significatives vont l'affecter.

D'abord et dans l'ordre chronologique le service militaire qui le prive de la possibilité de terminer ses études. Puis les décès successifs de sa première fiancée, d'un oncle et de son cousin tués dans leur voiture, décès de son unique demi-frère et mort violente de son père tué par balle. Il doit aussi rompre avec son pays pour demander l'asile politique en Suisse. Viennent ensuite les différents accidents dont il est victime en 1990, 1991, 1992 et 1998.

Un état dépressif est diagnostiqué depuis 2004 et traité. L'expertisé se montre incapable de travailler depuis avril 2004. Les psychiatres (Dr.

P. _____) parlent d'un épisode dépressif moyen en 2004 et, en 2007, la Dresse [...] l'associe au syndrome douloureux somatoforme persistant avec une discrète amélioration de l'état dépressif. Dans le cas de M. X. _____, nous n'avons pas mis en évidence de détresse secondaire à la douleur (mais dans le questionnaire d'autoévaluation elle est très importante). Son état dépressif se serait plutôt développé dans les suites des différentes ruptures douloureuses mentionnées plus haut.

Si l'on ajoute à cela que l'expertisé ne prend ses antidépresseurs qu'occasionnellement, on peut supposer qu'il existe encore une marge d'amélioration possible. On ne peut dès lors pas parler d'un état psychique cristallisé, ni d'un échec de tous les traitements entrepris et suivis dans les règles. Les thérapeutes devront insister une nouvelle fois sur l'importance d'une médication quotidienne et procéder, si nécessaire, aux dosages sanguins de l'antidépresseur.

Actuellement, l'épisode dépressif est toujours d'intensité moyenne. Mais dans le cas d'une meilleure compliance médicamenteuse, l'exigibilité deviendrait de 100%.

Comme réserve à notre pronostic, nous devons insister sur les difficultés qu'a cet expertisé à résoudre ses conflits intrapsychiques et la fuite répétée dans les somatisations après chaque accident. La motivation à une réadaptation professionnelle lui fait défaut. Il est désinséré du circuit professionnel depuis plus de trois ans.

Au vu de ce qui précède, nous posons le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique accompagné.

La capacité de travail actuelle est entière, un épisode moyen ne justifie pas nécessairement une incapacité de travail, surtout lorsque la compliance médicamenteuse n'est pas bonne. A ce propos, on relèvera que l'épouse de l'assuré doute elle-même de la compliance de son mari, ce que Dr [...] mentionne dans son rapport du 1.12.2004.

On est également frappé que l'assuré indique des douleurs permanentes, il évalue à 8/10 l'EVA l'intensité des douleurs de la semaine précédente, alors qu'il ne semble pas prendre régulièrement des antalgiques ";

- un rapport du Dr [...] du Service médical régional AI (ci-après: SMR) du 27 février 2008, lequel conclut, à l'instar des experts du Centre B. _____, à l'absence de diagnostic invalidant et à une capacité de travail exigible de 100% depuis toujours;
- une décision de l'OAI du 9 décembre 2008, niant le droit de l'assuré aux prestations de cette assurance sur la base des conclusions de l'expertise du Centre B. _____ et du SMR susmentionnés;

- un arrêt du 22 mars 2010 de la Cour des assurances sociales (cause AI 13/09 - 112/2010) rejetant le recours de l'assuré contre la décision du 9 décembre 2008;
- un arrêt du Tribunal fédéral du 21 juin 2010 (cause 9C_383/2010), déclarant irrecevable le recours de l'assuré contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 22 mars 2010.

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 (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). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA).

La loi 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité compétente et satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

La valeur litigieuse étant supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 1 et 4

LPA-VD et art. 83c al. 1 et 2 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]).

2. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi de prestations de la part de l'intimée sous forme de rente et/ou d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGGA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration, 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 le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; TF 8C_71/2012 du 11 décembre 2012 consid. 4 et 5.2). Ainsi, si l'on peut

admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3); 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 (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre 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 ; TF 8C_878/2012 du 4 septembre 2013 consid. 3).

b) En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, il faut d'abord classer 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, 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont

les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3) :

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

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites

tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

d) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA; TF 8C_380/2012 du 2 mai 2013 consid. 2).

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel - anatomique ou fonctionnel -, mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de

l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 125 V 351 consid. 3a; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent toutefois être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

4. Dans la mesure où le Tribunal des assurances a d'ores et déjà jugé, le 8 mars 2007, que les troubles du rachis présentés par le recourant n'étaient pas en lien de causalité avec les quatre accidents qu'il avait subis, ce point n'est plus litigieux. Cette même autorité a également jugé que les accidents de 1992 et 1998 étaient bénins, soit sans relation de

causalité adéquate avec les troubles psychiques allégués. Seule reste donc à trancher la question du rapport de causalité avec les troubles allégués au membre inférieur gauche et au majeur gauche, respectivement entre les troubles psychiques allégués et les événements de 1990 et 1991.

a) Au niveau physique, le recourant a été examiné au Centre B. _____ à la fin de l'année 2007 par deux spécialistes en rhumatologie et médecine interne. Sur le plan ostéo-articulaire, l'examen clinique était décrit comme pauvre, hormis une raideur de l'articulation interphalangienne distale 3 à gauche. Les experts ont effectué des radiographies du genou et du pied gauches notamment, lesquelles se sont révélées normales et ne permettaient ainsi pas d'expliquer objectivement les plaintes de l'assuré. Sur le plan de la médecine interne, les experts n'ont observé que des affections banales. Ils en ont conclu qu'il existait une discordance nette entre leurs constatations objectives et le ressenti subjectif de l'expertisé, dans la mesure où aucune limitation ne pouvait être retenue. Ils ont ainsi considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail complète sur le plan somatique, avec un plein rendement.

Comme l'a déjà relevé la Cour de céans dans son arrêt du 22 mars 2010, le rapport d'expertise du Centre B. _____ repose sur des examens complets et sur une étude circonstanciée du dossier médical, lequel comprend les pièces produites dans le cadre de la présente procédure. Il a été établi par des spécialistes reconnus, lesquels ont pris soin de convoquer le recourant à deux reprises et d'effectuer des examens complémentaires, sous la forme de radiographies et d'un questionnaire d'autoévaluation. Les médecins du Centre B. _____ ont ainsi tenu compte des plaintes ainsi que des antécédents de l'expertisé et se sont prononcés en bonne connaissance de l'anamnèse. Leurs conclusions, dûment motivées et exemptes de contradictions, sont claires et convaincantes. Partant, le seul fait que leur rapport d'expertise a été établi sur mandat de l'OAI ne suffit pas à lui dénier sa pleine valeur probante.

L'appréciation du Centre B._____ est au demeurant corroborée par le rapport du Dr H._____ du 6 septembre 2012, selon lequel l'examen du genou gauche du recourant s'est également révélé normal. Le médecin d'arrondissement de la CNA a noté une petite cicatrice peu visible et bien coaptée sur le dos du pied gauche, ainsi qu'une légère déformation de la deuxième phalange du médus gauche. Il a toutefois relevé que le fléchisseur profond était fonctionnel, que la flexion de l'articulation interphalangienne proximale était à peine limitée tandis que celle de l'articulation métacarpo-phalangienne était complète, et que la force de serrage de la main gauche n'était que modérément réduite, chez un patient qui n'avait pas beaucoup de force et ne paraissait pas donner toute la mesure de ses possibilités. Il a ainsi considéré que ces affections étaient sans relation avec un accident survenu plus de vingt ans auparavant qui n'avait entraîné aucune lésion objectivable, respectivement qu'il n'y avait pas de séquelles identifiables de l'accident de 1991, hormis la petite cicatrice sur le pied. Quant au majeur gauche, le Dr H._____ a noté un cal vicieux accompagné d'une raideur de l'articulation interphalangienne distale, laquelle avait cependant conservé une fonction globalement satisfaisante. Il en concluait qu'il n'y avait aucun traitement à envisager, que la capacité de travail exigible était entière et qu'il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité indemnizable.

Le recourant n'avance aucun élément ni ne produit aucune pièce médicale qui serait de nature à remettre en cause l'avis concordant des experts du Centre B._____ et du Dr H._____. Son médecin traitant, le Dr D._____, a d'ailleurs lui-même reconnu, dans son rapport du 26 décembre 2006, que le status de son patient après les divers accidents qu'il avait subis était sans répercussion sur la capacité de travail.

Partant, il y a lieu de nier tout lien de causalité entre les troubles somatiques dont se plaint l'assuré et les accidents dont il a été victime.

b) D'un point de vue psychique, il convient uniquement de déterminer s'il existe un lien de causalité adéquate entre les troubles

allégués et les événements de 1990 et 1991, qui ont été qualifiés par l'autorité de céans à l'occasion du jugement du 8 mars 2007 comme des accidents de gravité moyenne.

Le rapport d'expertise du Centre B._____ du 11 février 2008 retient qu'il n'existait pas de pathologie psychiatrique jusqu'aux environs de 2004, année durant laquelle un état dépressif avait été diagnostiqué. Il précise qu'aucune détresse secondaire à la douleur n'a pu être mise en évidence et que cet état dépressif se serait plutôt développé dans les suites des différentes ruptures douloureuses, en particulier les deuils que le recourant a été amené à vivre. L'expert psychiatre a cependant remarqué que la médication de l'assuré était mauvaise, puisque la prise d'antidépresseurs et d'antalgiques n'était qu'occasionnelle, ce qui contrastait avec l'évaluation que l'intéressé faisait de l'intensité de ses douleurs. L'expert a donc estimé que nonobstant son absence de motivation pour regagner le monde du travail, l'expertisé disposait d'une capacité de travail entière.

Cet avis a été confirmé le 27 février 2008 par le SMR, lequel a écarté tout diagnostic invalidant et retenu une capacité de travail exigible de 100% depuis toujours.

Comme le soulève le recourant, il est vrai que l'expertise du Centre B._____ a été mise en œuvre par l'OAI, dans l'optique de déterminer les éventuelles prestations de l'assurance-invalidité auxquelles l'assuré aurait été en droit de prétendre. Toutefois, alors que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé est une question de fait, laquelle s'examine essentiellement sur la base des renseignements médicaux, l'existence d'un lien de causalité adéquate est une question de droit, qui doit être tranchée par le juge à l'aune d'une appréciation juridique (cf. ATF 123 III 110 consid. 2; TF 8C_349/2013 du 15 novembre 2013 consid. 2.1). Partant, point n'était besoin pour l'intimée de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale pour examiner cette problématique.

A cet égard, le raisonnement qui a conduit la CNA, dans sa décision sur opposition querellée, à conclure que les critères jurisprudentiels permettant d'admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate n'étaient pas remplis, est pertinent. En effet, les deux accidents des 26 février 1990 et 5 juillet 1991, au cours desquels le recourant a chuté d'une hauteur de un à trois mètres sur son lieu de travail, respectivement s'est entaillé la jambe au moyen d'une machine agricole, ne sont certes pas anodins mais ne se sont pas déroulés dans des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, pas plus qu'ils n'ont revêtu un caractère particulièrement impressionnant d'un point de vue objectif, contrairement à ce que l'assuré a pu ressentir. Le type de lésions physiques qu'il a subies à ces occasions, savoir une contusion du sacrum, une fracture du col péronier et deux plaies au niveau de la paume et du dos du pied, ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles d'ordre psychique. La durée du traitement et de l'incapacité de travail due aux lésions somatiques n'a pas été anormalement longue, puisque le recourant a pu reprendre le travail à 100% dès le 11 juin 1990, soit moins de quatre mois après son premier accident, respectivement rentrer à domicile le 11 juillet 1991, soit six jours après son deuxième accident, puis reprendre son travail à plein temps. Il n'y a pas d'élément faisant état d'une erreur médicale ni de difficultés ou complications particulières lors de la guérison, ce que le recourant ne prétend d'ailleurs pas. Quant au critère des douleurs physiques persistantes, il n'est pas davantage rempli dans la mesure où les plaintes de l'assuré à cet égard n'ont pas trouvé d'explication objectivable aux yeux des experts du Centre B. _____ et du Dr H. _____.

Que le Dr S. _____ considère, pour sa part, que les accidents de 1990 et 1991 ont contribué de manière importante au développement de l'état dépressif, jusqu'à poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique, ne suffit pas à remettre en cause ce qui précède. En effet, ce médecin se limite à relever les divergences existant entre son appréciation diagnostique et celle du Centre B. _____, sans toutefois justifier sa position. De même, il se contente d'affirmer que le Dr H. _____ aurait minimisé les conséquences psychiques des accidents,

sans expliquer en quoi tel serait le cas. A cela s'ajoute que le Dr S. _____ ne suit le recourant que depuis le mois de septembre 2012, soit un mois après qu'un inspecteur de la CNA a constaté que l'assuré avait renoncé de son propre chef à un suivi psychiatrique et ne suivait plus aucun traitement, et qu'il reconnaît lui-même ne pas être en mesure de faire la distinction entre les troubles psychiques dus aux accidents en cause et ceux dus à l'anamnèse sociale et familiale de l'intéressé. Qui plus est, l'avis du médecin traitant doit être apprécié avec réserve, compte tenu de sa propension naturelle à se prononcer en faveur de son patient.

Compte tenu de ces éléments, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les atteintes psychiatriques alléguées par le recourant et les accidents de 1990 et 1991 doit être niée.

c) Il s'ensuit qu'à défaut de conséquence dommageable en rapport de causalité avec les accidents assurés, la CNA était légitimée à refuser l'octroi d'une rente ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au recourant.

d) Au vu de ce qui précède, force est de constater que le dossier médical est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. En conséquence, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, telle que requise par le recourant, ne se justifie pas (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3; TF 9C_271/2013 du 5 novembre 2013 consid. 3.2 et les références citées).

On relèvera au surplus que, contrairement à ce que soutient l'assuré, le jugement du Tribunal des assurances du 8 mars 2007 ne prévoyait pas d'ordonner une expertise judiciaire, mais bien de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle détermine la durée du traitement médical et de l'incapacité de travail due aux lésions des accidents survenus en 1990 et 1991, ainsi que les "conséquences cliniques et thérapeutiques" de ces accidents, questions auxquelles le rapport d'expertise du Centre B. _____

répond à satisfaction. Enfin, on voit mal ce que le recourant entend tirer de l'ATF 137 V 210 in casu.

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'occurrence, Me Hüsni Yilmaz, conseil d'office du recourant, a produit sa liste des opérations en date du 30 décembre 2013, dont il ressort qu'il a consacré 23 heures et 50 minutes au traitement du dossier et supporté 194 fr. de débours. Après examen, la quotité des opérations listée paraît toutefois trop importante au regard de la complexité de la cause. En particulier, le temps investi à conférer avec le client, respectivement rédiger des courriers et des actes de procédure semble excessif par rapport à ce qu'aurait consacré un mandataire diligent. Aussi se justifie-t-il de réduire la durée des opérations à 17 heures. Il convient dès lors d'allouer la somme de 3'514 fr. 30 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (17h de travail au tarif horaire de 180 fr., débours par 194 fr. et TVA à 8%).

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 8 novembre 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. L'indemnité d'office de Me Hüsnü Yilmaz, conseil de X._____, est arrêtée à 3'514 fr. 30 (trois mille cinq cent quatorze francs et trente centimes), TVA comprise.

- IV. 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 du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Hüsnü Yilmaz, avocat (pour X. _____),
- 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 :