

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 janvier 2015

Présidence de Mme Pasche
Juges : Mme Thalmann et M. Neu
Greffier : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant, représenté par Me Isabelle Salomé Daïna,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 53 al. 1 et 2 LPGA ; art. 6 LAA

E n f a i t :

A. a) T. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de plâtrier peintre pour le compte de W. _____ au taux de 50%. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration de sinistre du 10 mars 2011, le 9 mars 2011, l'assuré s'est blessé sur un échafaudage. Le Dr D. _____, spécialiste en médecine générale interne auprès de la Clinique P. _____, a établi le même jour un arrêt de travail à 100%, jusqu'au 16 mars 2011.

Dans son rapport du 10 mars 2011 faisant suite à la consultation en urgence du 9 mars 2011, le Dr D. _____ a posé le diagnostic de fracture de l'arc postérieur de la 10^{ème} côte gauche avec réaction pleurale. Il a relevé que le patient avait décrit un traumatisme à moyenne énergie une semaine auparavant à l'occasion d'une chute d'un échafaudage avec impact thoracique gauche. Il avait depuis réussi à travailler mais avait présenté des douleurs respiro-dépendantes et avait été amené le 9 mars 2011 à la Clinique P. _____ en ambulance en raison d'une douleur vive basithoracique gauche survenant à la suite de la pose de plaques assez lourdes. Une radiographie du thorax face et profil et un défilé thoracique complété par un CT thoracique low-dose avaient mis en évidence une fracture de l'arc postérieur de la 10^{ème} côte gauche avec une réaction pleurale triangulaire importante. Sous la rubrique « attitude clinique », le Dr D. _____ a relevé ce qui suit : « *Inspirex, paracétamol et AINS d'office pendant 3 jours, puis en réserve, arrêt de travail pour accident pour une durée de 7 jours, un CT thoracique est déjà prévu pour dans 6 mois à la clinique P. _____ en raison de la réaction pleurale importante chez un patient travaillant dans le bâtiment* ».

Interpellé sur le déroulement de l'événement, l'assuré a indiqué ce qui suit le 27 mars 2011 à la CNA : « *Côte cassée 1 semaine*

avant l'accident. Ensuite jour de l'accident malaise, perte de connaissance ». L'assuré a précisé avoir ressenti pour la première fois les douleurs une semaine avant l'accident et avoir pu reprendre le travail une semaine après celui-ci à 50%, la prochaine consultation devant avoir lieu en septembre 2011.

Dans un certificat médical du 4 avril 2011, le Dr J._____ a fait état d'une incapacité de travail du 4 au 10 avril 2011, avec reprise à 100% le 11 avril 2011.

La CNA a pris le cas en charge.

Le 18 avril 2011, le Dr Y._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a informé la CNA qu'il craignait une forme de « dérapage » de la part du patient et a suggéré que le médecin-conseil de la caisse intervienne.

Dans son rapport à l'assureur-accidents du 21 avril 2011, le Dr D._____ a fait état d'une durée de traitement de 2-3 mois, avec CT-scan à six mois en raison de la réaction pleurale, et une reprise du travail prévue le 15 mars 2011.

Lors d'un entretien téléphonique à la CNA du 26 avril 2011, l'employeur a demandé s'il n'était pas possible de contrôler l'assuré à son domicile afin de vérifier si celui-ci ne pouvait toujours pas reprendre son activité, dès lors qu'il ne répondait plus au téléphone quand l'employeur essayait de le joindre.

Le 5 mai 2011, le Dr Y._____ a fait état d'une incapacité de travail totale perdurant.

Le 12 mai 2011, le Dr J._____ a expliqué que depuis le 16 mars 2011, date de la reprise de travail, les douleurs avaient augmenté. Elles avaient été plus fortes dès le 2 avril 2011, si bien que le patient avait

consulté le 4 avril 2011. Le traitement consistait en la prise de Dafalgan (1 g) et la reprise du travail à 100% avait été prévue le 10 avril 2011.

Par certificats médicaux des 18 et 31 mai 2011, le Dr Y._____ a fait état d'une incapacité de travail totale qui se prolongeait.

Dans son rapport à la CNA du 1^{er} juin 2011, le Dr Y._____ a posé les diagnostics de fractures des arcs antérieurs des 6^{ème} et 9^{ème} côtes à gauche et d'épaississement pleural latéral gauche. Il a estimé que l'évolution était subjectivement lente, les douleurs étant en lente régression. A la question de savoir si des facteurs étrangers à l'accident entraient en ligne de compte dans le processus de guérison, le Dr Y._____ a relevé d'éventuels conflits avec l'employeur ainsi qu'un épaissement pleural d'origine indéterminée. Pour le médecin traitant, le travail pouvait être repris à 50%, soit le taux contractuel, le 6 juin 2011.

L'assuré a été invité à un examen par le médecin-conseil de la CNA le 11 juillet 2011. A cette occasion, le Dr Q._____, médecin d'arrondissement, a noté que l'intéressé avait déclaré en ce qui concernait l'événement du 9 mars 2011 qu'il n'était pas tombé de l'échafaudage mais avait violemment heurté celui-ci avec le thorax gauche. Il décrivait également des conditions de travail difficiles en raison d'une relation conflictuelle avec son employeur, disant en avoir marre de tout et avoir mal partout. Le Dr Q._____ a posé les diagnostics de status 4 mois après fracture des arcs antérieurs des 6^{ème} et 9^{ème} côtes gauches et réaction pleurale latérale gauche. Le médecin d'arrondissement a fait l'appréciation suivante du cas :

« Il s'agit d'un assuré de 41 ans, plâtrier peintre, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Subjectivement, il persiste des douleurs quotidiennes exacerbées à l'effort et à la toux. Parfois, les douleurs prennent un caractère insomniant. En raison d'une relation conflictuelle avec son employeur, le patient exprime énergiquement sa lassitude et prétend avoir mal partout.

Objectivement, l'examen clinique s'avère être strictement dans la norme. Tout au plus, il y a lieu de relever la présence d'un épaissement de la 9^{ème} côte G [gauche] à la limite de l'arc

antérieur et moyen qui semble être la localisation la plus douloureuse décrite par le patient.

Du point de vue **médical**, le type de lésion présentée par l'assuré peut engendrer des douleurs durant une relativement longue période. Pour cette raison, il nous semble que la symptomatologie du patient est en adéquation avec les lésions concernées.

Du point de vue **asséculoologique**, il y a lieu de reconnaître une incapacité de travail partielle dans la profession exercée. Pour cette raison, nous proposons à l'assuré de maintenir un taux d'incapacité de 50% pour une période d'encore 2 mois.

Nous serions reconnaissants au Dr Y._____ de bien vouloir convoquer l'assuré à mi-août afin de déterminer si une reprise de travail à temps plein est possible. »

L'assuré a été licencié le 16 juin 2011 pour le 31 juillet 2011.

Le 5 septembre 2011, le Dr Y._____ a diagnostiqué des douleurs thoraciques antérieures gauches persistantes et un status post fracture des arcs antérieurs de la 6^{ème} et de la 9^{ème} côtes gauches. Il a remis le patient en incapacité de travail à 100% dès le 5 septembre 2011 et relevé que l'évolution était marquée par des douleurs récidivantes, le patient ayant tenté de travailler le 2 septembre 2011 mais n'ayant pu tenir la demi-journée en raison de ses douleurs pectorales. Parmi les facteurs étrangers à l'accident, le médecin traitant a mentionné une surcharge psychique et un conflit avec l'ancien employeur.

L'assuré a subi le 15 septembre 2011 un scanner thoracique. Les conclusions du rapport du 16 septembre 2011 des Drs K.L._____ et N._____, spécialistes en radiologie, sont les suivantes :

« Epaissement nodulaire pleural gauche inchangé restant de nature indéterminée. Malgré l'absence d'évolution à 4 mois, une origine tumorale comme un mésothéliome ne peut pas être écartée. Un avis pneumologique pour évaluer l'indication à une biopsie nous paraît souhaitable ».

Le 1^{er} novembre 2011, le Dr Y._____ a fait état d'une incapacité de travail ayant débuté le 4 avril 2011, avec reprise à 50% le 6 juin 2011, puis une nouvelle incapacité de travail totale à compter du 5 novembre 2011.

L'assuré a séjourné du 20 au 26 novembre 2011 à l'Hôpital B._____. Il y a subi le 21 novembre 2011 une thoracoscopie gauche ainsi qu'une biopsie pleurale. Dans son rapport du 9 décembre 2011 au Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologue, le Dr R._____, chirurgien, a relevé que l'examen histologique montrait une pachypleurite chronique hyalinisée, non spécifique, sans corps asbestosique. Il avait averti le patient - qui allait bien et qu'il n'avait pas prévu de revoir - que cette lésion était probablement sans relation avec les anciennes fractures costales.

Par rapport du 3 février 2012 à la CNA, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a relevé qu'il n'était pas possible sur la base des pièces médicales d'établir une relation entre l'accident de travail et l'état de santé du patient, contrairement à l'avis de ce dernier, qui était convaincu de la relation de causalité.

Le 21 février 2012, le Dr S._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné le dossier de l'assuré. Il a estimé que les troubles que présentait ce dernier n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec les suites de l'accident. Pour le Dr S._____, tous les avis médicaux pris par le patient étaient concordants et disaient que sa symptomatologie n'était pas en lien avec l'accident, celui-ci ne déployant probablement déjà plus d'effet en septembre 2011 (soit 6 mois post fracture de la côte).

Par préavis du 24 février 2012, la CNA a informé l'assuré qu'elle entendait mettre fin aux prestations d'assurance au 29 février 2012, dès lors que les troubles subsistant à ce jour n'étaient plus dus à l'accident, mais de nature malade. L'assureur-accidents a imparti à l'intéressé un délai de vingt jours pour faire part de ses éventuelles observations.

Le 29 mars 2012, l'assuré, par le biais de son assurance de protection juridique, a indiqué à la CNA ne pas avoir d'observations particulières à formuler.

Par décision du 26 avril 2012, la CNA a refusé tout droit aux prestations d'assurance à l'intéressé à compter du 29 février 2012.

Le 29 mai 2012, l'assuré, par sa protection juridique, a indiqué qu'il ne formerait pas opposition à la décision du 26 avril 2012, laquelle est entrée en force.

b) L'assuré a subi un nouveau CT thoracique, ainsi qu'une radiographie du thorax, le 28 août 2012. Les conclusions du rapport du 29 août 2012 des Drs M. _____ et Z. _____, spécialistes en radiologie, sont les suivantes :

« Multiples remaniements pleuro-parenchymateux à gauche ; en l'absence de comparatifs, nous ne pouvons pas nous prononcer sur leur évolutivité.

Discret épanchement pleural gauche.

Remaniement post-anciennes fractures costales, particulièrement marqué au niveau de la jonction chondrocostale de la 8^{ème} côte gauche. Pas d'argument pour une pseudarthrose.

Calcul rénal du groupe caliciel moyen gauche de 4 mm sans dilatation pyélocaliciale. »

Le rapport précité a été soumis au Dr C. _____, médecin d'arrondissement de la CNA. Le 20 novembre 2012, celui-ci a relevé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux susceptibles de changer l'appréciation de l'assureur-accidents. De plus, le CT scan du 28 août 2012 ne montrait pas de pseudarthrose de fractures costales.

Dans un rapport du 10 octobre 2012 au Dr L. _____, le Dr V. _____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, a relevé avoir examiné le patient le 9 octobre 2012. Celui-ci avait signalé des douleurs continues depuis son accident de mars 2011. Le Dr V. _____ relevait à cet égard qu'il était constaté parfois que des douleurs chroniques persistaient après un traumatisme thoracique. Ce qui

frappait toutefois ce médecin, c'était la situation sociale et familiale difficile du patient, qui ne bénéficiait actuellement d'aucune aide et lui avait paru dépressif mais renonçait à une prise en charge de soutien par un psychiatre.

Le 9 novembre 2012, le Dr L. _____ s'est adressé à la CNA en expliquant que le patient demeurait handicapé par sa thoracodynie, malgré la prise en charge antalgique, avec en particulier l'apparition au rebord costal, au regard probablement d'une ancienne fracture, d'un îlot osseux visible, palpable et hyperesthésique dans le prolongement de la zone allodynique basithoracique gauche, témoignant probablement d'un remaniement osseux compliquant une réparation normale. En l'état, on ne pouvait exclure que ces phénomènes - savoir la réparation anormale - et donc l'accident du 9 mars 2011, soient à l'origine au moins en partie des plaintes du patient. Le médecin traitant était ainsi d'avis qu'il semblait raisonnable de rouvrir le cas de son patient, avec nouvelle prise en charge des prestations par la CNA, suggérant la mise en œuvre d'un nouvel examen par le médecin d'arrondissement.

Le 20 décembre 2012, l'assuré, à nouveau représenté par son assurance de protection juridique, s'est adressé à la CNA afin de lui faire savoir que son état de santé s'était aggravé, cette aggravation devant être mise en lien avec l'accident du 9 mars 2011. L'assuré se prévalait de l'art. 53 al. 2 LPGA, estimant que l'appréciation des médecins de la CNA intervenue au printemps 2012 était manifestement erronée, dans la mesure notamment où le Dr L. _____ estimait à l'époque qu'un lien de causalité entre les troubles présentés et l'accident de mars 2011 n'était pas possible à prouver, alors que ce même médecin était désormais d'avis que des éléments nouveaux avaient été découverts, selon lesquels on ne pouvait exclure que l'accident soit à l'origine du phénomène décrit (soit un rebord costal compliquant une réparation normale). L'assuré demandait donc la reconsidération de la décision du 26 avril 2012, respectivement que la CNA se détermine sur une séquelle tardive, au regard de l'apparition d'une nouvelle affection médicale.

Par décision du 19 avril 2013, la CNA a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération, comme sur celle de révision, en l'absence de nouveaux faits ou moyens de preuve.

Le 14 mai 2013, l'assuré a fait savoir à la CNA qu'il s'opposait à sa décision, en faisant valoir que son état de santé s'était péjoré depuis son accident.

L'assuré, désormais représenté par Me Isabelle Salomé Daïna, a complété son opposition le 21 mai 2013, en expliquant en substance que le CT thoracique et la radiographie du thorax du 28 août 2012 avaient mis en évidence un remaniement osseux en lien avec les fractures subies lors de l'accident et vraisemblablement responsable de ses douleurs. Il relevait également que son médecin traitant arrivait à une autre conclusion que celle qu'il avait émise initialement, et que le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, faisait état de douleurs en lien avec l'accident dans son rapport du 17 mai 2013. Pour l'assuré, plusieurs éléments nouveaux dont il n'avait pas connaissance lors de la décision d'avril 2012 étaient apparus, qui ne pouvaient être connus de lui, qui revêtaient une certaine importance et devaient conduire à la révision procédurale de la décision précitée. Il a conclu à la prise en charge de son cas rétroactivement au 29 février 2012, subsidiairement à ce que les éléments nouveaux mis en évidence soient appréciés comme des séquelles tardives, et à ce qu'un examen soit mis en œuvre auprès du médecin-conseil de la CNA. Selon le rapport du 17 mai 2013 du Dr F._____ joint à l'opposition, l'assuré avait bénéficié d'une série de blocs intercostaux sous ultrasons avec injections, qui avaient permis un bénéfice partiel avec notamment réduction de la zone algique, toutefois limité dans le temps. En janvier 2013, le patient avait bénéficié d'un patch de Qutenza sur la région algique, sans effet bénéfique. Pour le Dr F._____, l'assuré présentait d'importantes douleurs de la paroi thoracique apparues à la suite d'un traumatisme avec plusieurs fractures de côtes et intervention chirurgicale sous forme de thoracoscopie. Il était peu probable que la pachypleurite mise en évidence lors de la thoracoscopie participe au syndrome douloureux puisque cette dernière était probablement

antérieure au traumatisme et que le patient ne souffrait d'aucune douleur thoracique à ce moment-là. Il y avait donc une nette relation de cause à effet entre les douleurs chroniques thoraciques gauches et l'accident de mars 2011.

L'assuré a en outre joint à son opposition un rapport du 24 mai 2012 de la G._____ (ci-après : G._____), consultation de pneumologie, au Dr L._____. Les Drs K._____, B.C._____, spécialistes en médecine interne générale et en pneumologie, et la Dresse D.E._____, y ont posé les diagnostics de status post fractures costales (5, 6, 9 et 10^{èmes}) suite à un accident professionnel en mars 2012 (recte : 2011), d'épaississement nodulaire sous-pleural pariétal gauche sur pachypleurite chronique hyalinisée non spécifique et de status post accident de la circulation en 2010 avec douleur dorsale. Ils ont relevé ce qui suit sous la rubrique « discussion » de leur rapport :

« Devant ces thoracodynies persistantes post thoracoscopie gauche, nous organisons en juin 2012 une consultation en chirurgie ambulatoire. Un nouveau scanner thoracique (08.06.2012) est alors réalisé ne montrant pas de signes de pseudarthrose costale. Cet examen révèle de plus une quasi disparition des épaississements nodulaires pleuraux visualisés sur les anciens CT et compatibles avec une pachypleurite chronique hyalinisée non spécifique, non suspects de néoplasie, d'après les examens anatomopathologiques de novembre 2011. En regard de ces anciennes lésions pleurales, on relève par contre une image de rétractation cicatricielle nouvelle, compatible avec une atélectasie ronde. Une cicatrice de tuberculose ne pouvant être écartée, nous effectuons un Elispot TB qui se révèle négatif. Nous notons de plus au scanner et à l'examen anatomopathologique la présence de plaques de calcification unilatérales gauches potentiellement compatibles avec une exposition à l'amiante. Nous allons annoncer le cas à l'assureur LAA compétent (SUVA).

Face à ces thoracodynies mal systématisées, évoquant en partie des douleurs de type neurogène, nous introduisons un traitement de Lyrica à 25 mg 3x/j. pendant 3 jours puis majoré à 50 mg 3x/j. Nous organisons de plus une consultation au centre antalgique du P.B._____ [P.B._____] qui aura lieu le 23.08.2012. »

Le rapport de CT thoracique du 8 juin 2012 des Drs P.Q._____ et R.S._____, spécialistes en radiologie, était également joint à l'envoi de l'assuré. Selon les conclusions de ce rapport, il n'y avait pas de signe de pseudarthrose, une quasi disparition des épaississements

nodulaires pleuraux, et un status post-thoracotomie avec chaînette d'agrafes apicales gauches et remaniement séquellaire pulmonaire lobaire supérieur gauche en regard.

L'assuré a enfin produit un rapport du 15 mai 2012 du Dr F.G._____, spécialiste en pathologie, selon lequel il n'y avait pas d'arguments pour un processus néoplasique sur les biopsies. Les lésions pleurales correspondaient en premier lieu à des plaques pleurales et étaient à corrélérer à l'exposition environnementale ou professionnelle à de l'amiante. Les lésions pulmonaires n'étaient pas spécifiques, correspondant en partie à des lésions d'emphysèmes et en partie à une fibrose sous-pleurale non spécifique accompagnée de desquamation macrophagique et d'un empoussiérage.

Par décision sur opposition du 27 mai 2013, la CNA a rejeté la demande de révision procédurale.

B. Par acte du 27 juin 2013, T._____, toujours représenté par l'avocate Isabelle Salomé Daïna, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la révision de la décision du 26 avril 2012 dans le sens de l'octroi rétroactif des prestations au 29 février 2012, subsidiairement à ce que les nouveaux éléments soient appréciés comme des séquelles tardives lui octroyant un droit aux prestations depuis le 29 février 2012, et plus subsidiairement à la mise en œuvre d'un examen par le médecin d'arrondissement pour confirmer que sa symptomatologie est en lien avec l'accident du 9 mars 2011. Il fait pour l'essentiel valoir que selon les Drs F._____ et H.J._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, dès lors que la pachypleurite décelée en novembre 2011 n'est plus identifiable, sa symptomatologie - soit la persistance de douleurs - ne peut plus être attribuée à dite pachypleurite. Or selon lui, les prestations de l'assurance-accidents lui avaient été refusées à compter du 29 février 2012 à la suite de la découverte de cette maladie, à laquelle la CNA avait attribué ses douleurs. Pour les médecins précités, les douleurs persistantes sont en lien avec le remaniement post-anciennes fractures

costales, remaniement qui n'avait pas été décelé lorsque la CNA a statué, et sont donc liées à l'accident du 9 mars 2011. Le recourant fait valoir que lorsque la CNA a statué, en avril 2012, il n'avait connaissance ni de la quasi disparition des épaissements nodulaires pleuraux visualisés sur les anciens CT et compatibles avec une pachypleurite chronique hyalinisée non spécifique (mise en évidence par le CT scan du 8 juin 2012 et le rapport des médecins de la G._____ du 26 novembre 2012), ni du remaniement post-anciennes fractures costales mis en évidence par le CT thoracique du 28 août 2012. Or à ses yeux, ces éléments nouveaux sont importants, et établissent une causalité adéquate entre ses douleurs et l'accident de mars 2011. Dans un dernier moyen, il relève que de l'avis du Dr F._____, ses douleurs surviennent non seulement du remaniement osseux post-anciennes fractures, mais aussi de la chirurgie thoracique qu'il a subie. Pour lui, si la CNA avait eu à disposition ces éléments lors de sa prise de décision en avril 2012, elle aurait admis que l'accident constituait la cause naturelle et adéquate de son dommage, estimant que le rapport de cause à effet entre l'accident et ses douleurs est non seulement possible, mais aussi probable.

Avec son recours, le recourant produit un onglet de pièces sous bordereau, comportant pour l'essentiel des pièces figurant déjà au dossier de la CNA, ainsi que les pièces suivantes :

- un rapport du 26 novembre 2012 des Drs K._____, B.C._____ et D.E._____ de la G._____, dans lequel ces médecins posent les diagnostics suivants :
 - Thoracodynies gauches d'origine indéterminée, probablement multifactorielle :
 - o Epaissement nodulaire sous-pleural pariétal gauche sur pachypleurite chronique hyalinisée non spécifique (thoracoscopie exploratrice G [gauche] du 21.11.2011 à B._____ avec exérèse des plaques pleurales sur la plèvre pariétale et biopsie pulmonaire du segment apical du lobe inférieur et du segment antérieur du lobe supérieur gauche)

- o S/p fractures costales (5, 6, 9 et 10^{èmes}) suite à un accident professionnel en mars 2011
 - o Possible exposition à l'amiante
 - S/p accident de la circulation en 2010 avec douleur dorsale,
- un rapport du Dr H.J._____ du 18 juin 2013, en réponse aux questions que le recourant lui a posées, selon lequel la persistance des douleurs ne peut plus être attribuée à la pachypleurite, dans la mesure où celle-ci n'est plus identifiable sur les derniers CT-thoraciques, estimant dès lors que les douleurs sont très probablement toujours liées au status post multiples fractures costales gauches à la suite de l'accident professionnel de mars 2011, « surtout comme les douleurs ont été inexistantes avant l'accident ». Pour le Dr H.J._____, le remaniement post-anciennes fractures costales particulièrement marqué au niveau de la jonction chondrocostale de la 8^{ème} côte gauche est en lien avec l'accident du 9 mars 2011,
- un rapport du 22 juin 2013 du Dr F._____ à l'assuré, selon lequel la symptomatologie présentée ne peut plus être attribuée à la pachypleurite vu la disparition des lésions initialement visibles sur le CT-Scan de novembre 2011. Le Dr F._____ a par ailleurs relevé que le terme « remaniement post-anciennes fractures costales » est par définition un remaniement qui survient après une fracture de côte. Comme l'assuré a souffert de fractures de côtes lors de son accident de mars 2011, les deux phénomènes sont donc liés. Pour le Dr F._____, les douleurs de l'assuré ont plusieurs composantes, savoir le remaniement osseux post fracture et des lésions des nerfs intercostaux. Ce médecin relève que l'incidence de douleur chronique persistante après un traumatisme thoracique avec fracture de côtes est estimé à 22,5% des patients et que l'incidence de douleurs chroniques après chirurgie thoracique (thoracoscopie) est estimée entre 20 et 47%. L'assuré cumule donc les risques de développer des douleurs chroniques. Pour le Dr F._____, il y a une relation de cause à effet entre les plaintes du patient et l'accident et la chirurgie thoracique.

Dans sa réponse 18 octobre 2013, la CNA conclut au rejet du recours. Elle se réfère à une appréciation chirurgicale du 14 octobre 2013

des Drs M.N.____ et X.____ de sa division de médecine des assurances, selon lesquels les avis des Drs L.____, F.____ et H.J.____, ainsi que le CT thoracique du 28 août 2012, ne relèvent aucun fait nouveau susceptible de remettre en cause l'appréciation du Dr C.____. Pour l'intimée, les différentes appréciations médicales sur lesquelles se fonde le recourant ne font que déduire de faits connus au moment de la décision des conclusions différentes et ne constituent pas des preuves nouvelles propres à justifier une révision.

Dans sa réplique du 13 décembre 2013, le recourant maintient sa position. Il critique le rapport des Drs M.N.____ et X.____, estimant notamment que leur appréciation des nouveaux éléments médicaux est lacunaire, ces médecins ignorant en particulier des éléments décisifs, tels que la rémission de la pachypleurite, sans en expliquer les raisons, et sans non plus prendre position sur le remaniement costal révélé par le CT scan du 28 août 2012. Le recourant ajoute avoir été hospitalisé en novembre 2013 pour subir une neurolyse des nerfs intercostaux, qui a conduit à poser le diagnostic de neuropathie des nerfs intercostaux VII, VIII et IV à gauche post-traumatique, qui permet d'expliquer ses douleurs. La Dresse T.U.____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, lui a expliqué que la neurolyse pratiquée avait pour but la libération des nerfs, les médecins ayant constaté au bloc opératoire que les fractures dues à l'accident avaient coincé les nerfs intercostaux et qu'il souffrait d'une fibrose (nerfs chroniquement coincés). Pour lui, ce nouveau diagnostic est propre à établir un rapport de causalité adéquate entre ses douleurs et l'accident. Il produit avec son écriture un rapport du 26 novembre 2013 des Drs B.F.____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et V.W.____ du P.B.____, qui posent le diagnostic principal de neuropathie des nerfs intercostaux VII, VIII et IV à gauche post-traumatique, une neurolyse desdits nerfs ayant été réalisée le 7 novembre 2013. A titre de mesures d'instruction, il requiert l'audition de la Dresse T.U.____ et du Dr F._____.

Dans sa duplique du 17 février 2014, la CNA conclut derechef au rejet du recours. Elle relève que le dossier a été une nouvelle fois soumis à sa division de médecine des assurances. Dans leur appréciation neurologique du 13 février 2014, les Drs M.N._____ et A._____ ont conclu que le caractère des douleurs persistantes ressenties par l'assuré dans la région de la paroi thoracique s'était modifié au cours de l'évolution de la maladie, cette symptomatologie n'étant pas attribuable à l'événement accidentel avec un degré de vraisemblance prépondérante. Quant à la neurolyse des 4, 7 et 8^{èmes} nerfs intercostaux du 7 novembre 2013, elle n'avait pas été réalisée dans la région des lésions osseuses décrites auparavant et des suites visibles de blessures de ces nerfs n'avaient pas été décrites au cours de cette intervention. Les Drs M.N._____ et A._____ concluaient donc que les appréciations des Drs S._____ et C._____ étaient exactes, dans la mesure où elles reposaient sur des faits objectifs, sans que le rapport du P.B._____ du 26 novembre 2013 ne soit susceptible de remettre en cause l'appréciation du Dr X._____ du 14 novembre 2013.

Dans ses déterminations du 4 avril 2014, le recourant a maintenu que ses douleurs provenaient des séquelles de l'accident, à savoir principalement la neuropathie des nerfs intercostaux VII, VIII et IX à gauche post-traumatique et renouvelé ses réquisitions d'audition de la Dresse T.U._____ et du Dr F._____. Il a joint à son écriture un rapport du 2 avril 2014 du Prof. C.D._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et de la Dresse T.U._____, selon lequel lors de l'opération du 7 novembre 2013, ils ont mis en évidence du tissu cicatriciel sur une longueur d'au minimum 4 à 7 cm de la surface thoracique avec des nerfs intercostaux VII, VIII et IX pris dans celui-ci. Ils ont observé plusieurs fois des compressions et lésions des nerfs intercostaux suite à des traumatismes du thorax. Vu la longueur de la cicatrice dans laquelle les nerfs étaient pris, les deux chirurgiens disent être convaincus que celle-ci avait été causée par les fractures des côtes (un trauma de traction/contusion assez violente) et non pas par les cicatrices ponctuelles causées typiquement par l'insertion des instruments pour la thoracoscopie.

Le 30 juin 2014, la CNA a une nouvelle fois conclu au rejet du recours. Elle produit une appréciation du 21 mai 2014 des Drs M.N. _____ et A. _____, qui ne partagent pas les conclusions du Prof. C.D. _____ et de la Dresse T.U. _____ selon lesquelles le tissu cicatriciel serait lié à l'accident. Les Drs M.N. _____ et A. _____ rappellent qu'au moment de l'accident, il y avait déjà un épaississement nodulaire pleural préexistant à hauteur de la 9^{ème} côte, dont l'origine malade a été précisée lors de la thoroscopie du 21 novembre 2011. Compte tenu également du déroulement temporel, les Drs M.N. _____ et A. _____ considèrent de manière hautement probable que le tissu cicatriciel constitue un état résiduel de la pachypleurite et qu'il n'est dès lors pas lié à l'accident.

Le recourant s'est redéterminé le 3 septembre 2014, en se référant à nouveau aux observations de la Dresse T.U. _____ et du Prof. C.D. _____ qui sont persuadés que la cicatrice résulte de la fracture des côtes qui s'est produite lors de l'accident de mars 2011. Le recourant relève que les médecins de la CNA M.N. _____ et A. _____ ne l'ont pas examiné, et qu'ils sont en outre dépendants de l'intimée. Il requiert dès lors que dans l'éventualité où l'avis des médecins de la CNA était pris en compte, le Prof. C.D. _____ et la Dresse T.U. _____ soient entendus.

Le 29 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours, en observant que l'examen du recourant par ses médecins n'aurait pas été déterminant, dès lors que le litige ne porte pas sur la nature des lésions actuelles, mais sur le lien de causalité naturelle entre celles-ci et l'accident de 2011.

Le 6 novembre 2014, le recourant a renouvelé ses réquisitions, en précisant qu'il se réservait de requérir une expertise.

E n d r o i t :

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

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 60 LPGGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Est querellé in casu le bien-fondé du refus de révision de la décision sur opposition du 26 avril 2012 (mettant un terme aux prestations au 29 février 2012 au motifs que les troubles subsistant n'étaient plus dus à l'accident du 9 mars 2011, mais de nature exclusivement malade) sur la base de l'art. 53 al. 1 LPGGA, décidé le 19 avril 2013 et confirmé sur opposition 27 mai 2013 par la CNA.

3. Il convient de déterminer si l'intimée était légitimée à rejeter la demande du recourant par la décision sur opposition querellée, en retenant l'absence de fait nouveau ou de nouveau moyen de preuve susceptible de justifier le réexamen de la décision sur opposition du 26 avril 2012, conformément à l'art. 53 al. 1 LPGGA.

a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGGA, relatif à la révision dite procédurale, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative, de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt cantonal (TF [Tribunal fédéral] 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1).

Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 127 V 353 consid. 5b ; 134 III 669 consid. 2.2 ; TF 9C_102/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2 ; cf. pour la distinction entre la révision selon l'art. 53 al. 1 LPGA et celle selon l'art. 17 LPGA, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd. 2009, n° 4 ad art. 17 LPGA).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal, respectivement l'administration, sur la base d'appréciation émanant d'autres médecins (ATF 127 V 353 précité ; TF 8C_422/2011 du 5 juin 2012 consid. 4, 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1, 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1).

c) On rappellera préalablement que l'intimée a rendu sa décision sur opposition du 26 avril 2012, au motif que les troubles subsistant au-delà du 29 février 2012 n'étaient plus dus à l'accident du 9 mars 2011, mais exclusivement de nature maladie.

aa) Aux termes de 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 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 LPGA).

bb) 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 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, 402 consid. 4.3.1 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_511/2010 du 22 mars 2011

consid. 2, 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1, 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2).

cc) 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 précité consid. 3.2, 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

d) Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

e) En l'occurrence, force est de constater que l'intimée s'est fondée sur un dossier complet pour considérer que les troubles de l'assuré

postérieurs au 29 février 2012 n'étaient plus dus à l'accident de mars 2011 mais de nature malade.

On relèvera en particulier le rapport étayé du Dr Q._____, qui a posé en juillet 2011 les diagnostics de status 4 mois après fracture des arcs antérieurs des 6^{ème} et 9^{ème} côtes gauches - diagnostic également posé par le Dr Y._____, alors médecin traitant, le 1^{er} juin 2011 - et de réaction pleurale latérale gauche. Le Dr Q._____ a constaté qu'objectivement, l'examen clinique s'avérait être strictement dans la norme, relevant tout au plus la présence d'un épaissement de la 9^{ème} côte gauche à la limite de l'arc antérieur et moyen, qui semblait être la localisation la plus douloureuse décrite par le recourant. Le médecin d'arrondissement a toutefois convenu que le type de lésion présentée par l'assuré pouvait engendrer des douleurs pendant une relativement longue période. Il a ainsi estimé la symptomatologie du patient en adéquation avec les lésions concernées et reconnu une incapacité de travail partielle dans la profession exercée, suggérant le maintien d'un taux de 50% pendant deux mois.

Le CT Scan du 15 septembre 2011 ayant mis en évidence un épaissement nodulaire pleural gauche inchangé, qui restait de nature indéterminée, l'assuré a subi le 21 novembre 2011 une thoracoscopie gauche ainsi qu'une biopsie pleurale. Ces examens ont permis de constater l'existence d'une pachypleurite chronique hyalinisée, non spécifique. Toutefois de l'avis du Dr R._____, qui avait procédé à l'opération, cette lésion était probablement sans lien avec les anciennes fractures costales (cf. rapport du 9 décembre 2011 du Dr R._____). Le Dr L._____, nouveau médecin traitant, a ainsi estimé le 3 février 2012 qu'il n'était pas possible d'établir une relation entre l'accident de travail et l'état de santé du patient. Le Dr S._____ a ensuite examiné l'entier du dossier de l'assuré, et retenu que les troubles qu'il présentait n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec les suites de l'accident, ce dernier ne déployant probablement plus d'effet déjà en septembre 2011 (cf. avis du 21 février 2012).

Ainsi, après avoir procédé à des investigations poussées, la CNA a conclu que le cas ressortait de l'assurance-maladie. Le recourant n'a pas contesté ce point de vue.

C'est à la suite du CT thoracique et de la radiographie du thorax d'août 2012 que le Dr L. _____ s'est adressé à la CNA, le 9 novembre 2012, en lui expliquant que ces examens témoignaient probablement d'un remaniement osseux compliquant une réparation normale qui pouvait être au moins en partie à l'origine des plaintes du patient. L'assuré a également plaidé que le Dr F. _____ était d'avis que ses douleurs étaient imputables à l'accident de mars 2011 (cf. avis du 17 mai 2013) et s'est prévalu de l'appréciation des médecins de la G. _____ du 24 mai 2012.

Toutefois l'on ne voit pas en quoi ces appréciations médicales seraient susceptibles de constituer un fait nouveau ou un nouveau moyen de preuve au sens de la jurisprudence fédérale citée supra, puisque lesdites appréciations ne permettent pas de considérer que les bases de la décision du 26 avril 2012 seraient entachées de défauts objectifs.

Les médecins de G. _____, dans leur rapport du 24 mai 2012, posent des diagnostics connus, savoir en particulier ceux de status post-fractures costales et d'épaississement nodulaire sous-pleural pariétal gauche sur pachypleurite chronique hyalinisée non spécifique. Les examens d'imagerie réalisés en juin et août 2012 n'ont au demeurant pas mis en évidence de signes de pseudarthrose costale. Quant aux épaissements nodulaires pleuraux, ils ont presque complètement disparu (cf. rapport de CT thoracique du 8 juin 2012). Si une image de rétractation cicatricielle nouvelle a été relevée en regard des anciennes lésions pleurales, les médecins de G. _____ n'estiment pas qu'elle serait post-traumatique. En outre un processus néoplasique sur les biopsies a été exclu (cf. rapport du 15 mai 2012 du Dr F.G. _____). Quant au Dr F. _____, il est d'avis que la pachypleurite était probablement antérieure à l'événement de mars 2011 (cf. rapport du 17 mai 2013). En réplique et dans ses écritures ultérieures, le recourant n'a finalement plus

soutenu que le remaniement post-anciennes fractures costales particulièrement marqué au niveau de la jonction chondrocostale de la 8^{ème} côte gauche expliquerait ses douleurs (ce que soutenaient les Drs H.J._____ et F._____ - cf. rapports du 18 juin 2013 et 22 juin 2013), mais une neuropathie des nerfs intercostaux VII, VIII et IV à gauche post-traumatique, diagnostic posé lors de son hospitalisation en novembre 2013 (cf. rapport des Drs B.F._____ et V.W._____ du 23 novembre 2013). Quoiqu'il en soit, l'appréciation du Dr C._____ du 20 novembre 2012 selon laquelle le rapport du 28 août 2012 n'avait pas montré d'éléments nouveaux n'est pas contredite.

Il résulte de ce qui précède que c'est à bon droit que l'intimée a rejeté la demande de révision formulée par l'assuré sur la base de l'art. 53 al. 1 LPGA.

4. En l'espèce, l'intimée n'a examiné la nouvelle demande de l'assuré que sous l'angle de la révision procédurale au sens entendu par l'art. 53 al. 1 LPGA.

On pourrait s'interroger sur l'opportunité d'étudier ladite requête sous l'angle de l'art. 53 al. 2 LPGA.

Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement entrée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, aux conditions énoncées par l'art. 53 al. 2 LPGA précité. La jurisprudence précise qu'une décision, passée en force de chose décidée, est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que

tel est le cas (ATF 125 V 393 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 98/04 du 12 août 2004 consid. 2.3).

Cela étant, ni l'assuré ni le juge ne peuvent contraindre l'administration à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, la décision portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne pouvant pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et les références, 119 V 475 consid. 1b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; TF 9C_517/2011 du 12 septembre 2011).

Par ailleurs, il apparaît que la décision initiale confirmée le 26 avril 2012 n'était pas manifestement erronée. Dès lors, un examen du point de vue de l'art. 53 al. 2 LPGA ne s'imposait pas à l'intimée.

5. a) 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). 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. Les rechutes se rattachent 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 et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2 ; TF 8C_1019/2010 du 19 décembre 2011 consid. 3).

b) En l'espèce, le diagnostic de neuropathie des nerfs intercostaux VII, VIII et IV a été posé pour la première fois à la suite de l'hospitalisation du recourant intervenue en novembre 2013, soit postérieurement à la décision attaquée. De l'avis de la Dresse T.U. _____ et du Prof. C.D. _____, cette affection est de nature post-traumatique et imputable à l'événement accidentel de mars 2011 (cf. rapport du 2 avril

2014). Pour leur part, les Drs M.N._____ et A._____ de la CNA soutiennent qu'il est hautement probable que cette affection ne soit pas liée à l'accident (appréciation du 21 mai 2014).

Les avis médicaux au dossier sont à cet égard contradictoires et cette problématique n'a pas fait l'objet d'un examen par l'autorité administrative. Dans ce contexte, l'intimée devra réexaminer le cas de l'assuré à la lumière des principes régissant le droit à la prise en charge des rechutes ou des séquelles tardives (art. 11 OLAA). L'intimée ne paraît pas en disconvenir, quand elle écrit le 29 octobre 2014 que le litige ne porte pas sur la nature des lésions actuelles, mais sur le lien de causalité naturelle entre celles-ci et l'accident de 2011. Dans la mesure où la CNA devra examiner la question de la neuropathie, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à l'audition du Prof. C.D._____ et de la Dresse T.U._____, étant relevé par ailleurs que pour ce qui a trait à l'objet du litige, le dossier est complet et permet à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, un complément d'instruction n'apparaissant pas utile, de sorte que les requêtes du recourant en ce sens doivent être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

6. a) Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le dossier est toutefois retourné à l'intimée, à charge pour elle d'instruire la problématique mise en évidence en novembre 2013 sous l'angle de l'art. 11 OLAA.

b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis

d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). 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).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocate d'office. Me Isabelle Salomé Daïna a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. Après examen détaillé, le temps consacré à certaines opérations listées paraît toutefois trop important vu la complexité de la cause et la connaissance du dossier acquise en procédure administrative. Il en va ainsi notamment des actes de procédure, quand bien même ils ont été rédigés par une stagiaire. En particulier, plus de 16 heures ont été consacrées à la rédaction du recours, puis 12 heures à celle de la réplique, et enfin plus de 5 heures à celles des déterminations, ce qui est manifestement excessif. Malgré la prise en compte du manque d'expérience de la stagiaire, le temps indiqué de 59 heures 15 heures paraît disproportionné par rapport à celui qu'aurait consacré un mandataire diligent à la cause. Il apparaît au demeurant que plusieurs opérations facturées - totalisant plus de 4 heures - ne concernent pas la présente affaire (soit en particulier celles ayant trait à la procédure pendante de l'Office de l'assurance-invalidité, de même que celles en lien avec une problématique d'assurance-maladie, et enfin celles relatives à divers échanges avec un notaire) et devront être retranchées.

Eu égard aux constatations qui précèdent, il convient de ramener à 4'000 fr. le montant des honoraires, TVA à 8% et débours compris.

c) La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

d) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à l'octroi de dépens (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 27 mai 2013 par la CNA est confirmée.
- III.** L'indemnité d'office de Me Isabelle Salomé Daïna, conseil du recourant, est arrêtée à 4'000 fr. (quatre mille francs), débours et TVA compris.
- 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 de justice 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 Isabelle Salomé Daïna (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance contre les 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 :