

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 septembre 2016

Composition : M. NEU, président
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A.A. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 10, 16, 18, 19, 24, et 25 LAA.

E n f a i t :

A. A.A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en 1979, est entré en Suisse en 2006 pour y exercer une activité lucrative.

Sans formation professionnelle reconnue, il a été engagé en qualité d'aide-peintre en bâtiment à plein temps par la société R._____SA à compter de mai 2008.

Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le frère de l'assuré, B.A._____, a assumé le mandat d'administrateur de la société R._____SA dès le 11 octobre 2010, tandis que l'assuré en est devenu le directeur à la même date.

B. Dans l'intervalle, en date du 27 janvier 2010, alors qu'il était en train de poncer un plafond sur un chantier, l'assuré a été victime d'une chute d'une échelle d'une hauteur de plus de 1,5 m, se réceptionnant sur le côté gauche et se blessant au dos.

Une incapacité totale de travail a été prononcée dès le 5 février 2010 par la Dresse D._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, et le cas annoncé à la CNA par déclaration de sinistre complétée le 9 février 2010.

La CNA a servi ses prestations des suites de l'accident du 27 janvier 2010.

C. La Dresse D._____ a adressé un rapport médical initial à la CNA, daté du 17 avril 2010, faisant état des diagnostics d'une « hernie

lombaire L5-S1 post-traumatique », responsable d'une « sciatalgie gauche persistante » en dépit d'un traitement par antalgiques et physiothérapie.

Le 11 mars 2010, le rapport d'un scanner lombaire réalisé au sein du Centre d'imagerie C._____ à [...] a mis en évidence une « spondylo-discarthrose avec protrusion discale médio-latérale en L5-S1, potentiellement à l'origine d'un conflit radiculaire irritatif S1 gauche », une « discopathie avec discrets relâchements discaux sans hernie en L3-L4 et L4-L5 », l'absence de « fracture des corps somatiques et des éléments postérieurs », « quelques séquelles d'ostéochondromatose » et une « discrète spondylarthropathie de la sacro-iliaque gauche ».

Examiné au Centre G._____, l'assuré s'est vu proposer une « optimisation du traitement conservateur avec de la physiothérapie et des infiltrations ».

Vu la persistance de l'incapacité totale de travail, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré, aux fins de bilan, en date du 8 septembre 2010. Il a suggéré un traitement stationnaire auprès de la Clinique H._____ après avoir constaté une prise en charge déficiente dans le cas d'un assuré « au comportement douloureux » en présence de « facteurs de mauvais pronostic tout à fait évidents ».

L'assuré a séjourné à la Clinique H._____ du 3 au 19 novembre 2010 et a notamment fait l'objet, à cette occasion, d'investigations spécialisées par les Drs I._____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, et L._____, spécialiste en neurologie. Le rapport corrélatif, rédigé le 14 janvier 2011 par les Drs I._____ et K._____, médecin assistante, retient les diagnostics suivants objectivant la « lombosciatalgie gauche persistante » :

- Syndrome radiculaire S1 gauche ;
- Petite hernie discale médio-latérale gauche en L5-S1 ;

- Discopathies dégénératives L3-L4, L4-L5.

Les spécialistes de la Clinique H. _____ ont par ailleurs fait part de leur appréciation du cas en ces termes :

« A l'admission le patient se plaint de douleurs constantes, estimées à 5-6/10 et qui augmentent à l'effort jusqu'à 7-8/10. Il dit que la position assise est tenue pour 20 minutes, que la position debout prolongée déclenche des douleurs et le périmètre de marche est limité à 10 minutes. Les douleurs sont décrites comme des brûlures au niveau lombaire et comme des décharges électriques dans le membre inférieur gauche. Le sommeil est perturbé en raison de douleurs. La conduite automobile est possible sur de courts trajets. [...] L'IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] de la colonne lombaire du 02.07.2010 met en évidence des troubles dégénératifs aux niveaux L3-L4, L4-L5 et une petite hernie discale médio-latérale gauche L5-S1.

L'examen neurologique électroclinique du 25.11.2010 relève des signes pour un syndrome radiculaire S1 gauche par des signes d'atteinte chronique axonale des fibres de la racine S1. On retrouve également une légère hyporéflexie achilléenne gauche correspondant à un léger ralentissement et une désynchronisation de la réponse H à gauche et l'EMG [réd. : électromyogramme] révèle une activité de dénervation dans un muscle tributaire de la racine S1 à gauche. L'examen a été mal supporté par le patient raison pour laquelle il n'a pas été effectué d'EMG proximal.

Le psychiatre ne retient pas de diagnostic psychiatrique, en particulier pas d'état dépressif ou de trouble anxieux manifeste. Le patient a décliné la prise d'un traitement sédatif (Amitriptyline 10-25 mg le soir), par crainte des effets secondaires. Un suivi psychologique de soutien a été mis en place durant le séjour. Les entretiens ont été centrés sur la douleur et sur des mesures de réassurance.

[L'assuré] a été pris en charge en physiothérapie. Il a suivi des traitements en individuel en passif (mobilisation, flexion-extension de la région lombaire et étirement) et en actif (mobilisation flexion-extension inclinaison droite-gauche, renforcement du transverse et de l'abdomen, des érecteurs du rachis et globalement pour le reste des muscles). Il a également été pris en charge en groupe, en exercices individuels, en salle de gymnastique, en piscine et entraînement thérapeutique en salle de fitness.

En fin de séjour, subjectivement le patient n'a noté aucun changement. On a observé qu'il participait peu lors des thérapies individuelles et ne prenait pas en compte les corrections proposées. Des discordances ont été relevées en particulier la course sur de courtes distances avec passablement ou peu de boiterie selon que le patient se sente observé ou non par les thérapeutes. La ponctualité et la coopération ont été jugées faibles. Etant donné ce qui a été observé et l'absence de progression fonctionnelle, il n'y a pas d'indication à poursuivre la physiothérapie en ambulatoire. Le patient peut de son côté se rendre à la piscine et faire du fitness.

Sur le plan médicamenteux, un traitement de Lyrica a été mis en place durant le séjour sans effet, donc arrêté.

[L'assuré] a été vu à la consultation du Dr I. _____ le 02.12.2010. Il se présente avec un comportement douloureux très prononcé,

soupire plusieurs fois, se déplace avec une boiterie d'appui gauche et il parle de ses troubles comme d'une catastrophe, compte sur les médecins pour le remettre dans l'état antérieur. Nous avons essayé de donner quelques explications médicales mais à l'évidence le patient n'a pas les connaissances lui permettant de saisir le sens de notre propos et il y a un risque très élevé de malentendus. Les symptômes de non organicité prononcés laissent présager une évolution difficile quelles que soient les décisions thérapeutiques prises. Du point de vue médical, la lombalgie irradiant dans le membre inférieur gauche trouve pour une part au moins une explication claire (atteinte radiculaire).

Nous avons contacté le médecin traitant et proposé de rediscuter avec la consultation de la douleur du Centre E. _____ ou le service de neurochirurgie de cette institution en vue d'une infiltration. Si une opération devait se faire il faudrait s'attendre à des suites difficiles.

Sur le plan socio-professionnel, le patient est d'origine kosovare, en Suisse depuis 2006. Il travaille comme peintre en bâtiment sans formation. Une incapacité totale de travail est pour l'instant justifiée. Nous laissons le soin au médecin traitant de la réévaluer. Vu le comportement douloureux prononcé, le pronostic en terme réintégration professionnelle n'est pas favorable. »

L'assuré a été revu par le Dr J. _____ le 9 février 2011, lequel a proposé une consultation auprès du Dr N. _____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur auprès de la Clinique M. _____, en vue d'explications sur un traitement par infiltration.

Le 21 mai 2011, la Dresse D. _____ a communiqué un rapport intermédiaire à la CNA, soulignant la réticence de son patient au traitement proposé et suggérant de solliciter son employeur dans l'optique de la reprise d'une activité appropriée.

D. L'assuré a été examiné par le Dr N. _____ le 29 juin 2011, qui a établi son rapport le 4 juillet 2011, en concluant comme suit :

« Nous avons affaire à une situation relativement difficile, je pense. Sur le plan purement somatique, il est clair que le patient présente une atteinte S1 sur une hernie discale, il y a des signes de dénervation chronique. A l'ENMG [réd. : électroneuromyogramme], il décrit une symptomatologie qui est bien en rapport avec son atteinte radiculaire. Ceci est à pondérer par l'attitude et des traits de non organicité relativement perturbants particulièrement chez un patient au physique athlétique, souriant et semble-t-il collaborant. Sur le plan somatique pur donc, j'aurais tendance à proposer une approche interventionnelle de courte durée durant laquelle nous pourrions envisager une ou deux infiltrations péri-radiculaires L5-S1 G [réd. : gauche] et une approche conjointe physiothérapeutique, peut-être non seulement thérapeutique mais d'évaluation et d'objectivation des symptômes. Sur une échelle de temps plus

longue, je ne crois pas qu'une prise en charge plus lourde de type stimulation médullaire ou interventionnelle plus poussée serait adéquate, les caractéristiques subjectives du patient dans ce sens ne sont pas de très bon aloi.

Voilà donc clairement la proposition que je peux formuler, une prise en charge ponctuelle, interventionnelle, modérée me paraît adéquate, je ne pense pas qu'une approche de long terme de type invasif soit juste dans cette situation. [...] »

Le Dr J._____ a avalisé la suggestion du Dr N._____, lequel était invité à procéder au traitement préconisé en faveur de l'assuré. Une infiltration a ainsi été effectuée le 1^{er} novembre 2011, l'assuré ne s'étant toutefois pas présenté aux rendez-vous subséquents.

En date du 20 janvier 2012, à l'issue d'un bilan médical en vue de la clôture du cas, le Dr P._____ a sollicité un examen auprès du Dr P._____, spécialiste en neurologie.

Après avoir reçu l'assuré le 23 février 2012, le Dr P._____ a établi son rapport le même jour, libellant ses conclusions de la manière suivante :

« Il s'agit donc d'un patient se plaignant depuis une chute intervenue le 27.01.2010 de lombosciatalgies gauches de topographie postérieure associées à une impression de manque de force du membre inférieur gauche et à des paresthésies au niveau du mollet.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué ne révèle pas de syndrome lombo-vertébral significatif. On note néanmoins une percussion lombaire apparemment fortement sensible, une limitation modérée de la flexion latérale et antérieure lombaire avec provocation de douleurs irradiant le long du membre inférieur gauche, des points de Valleix fessiers gauches sensibles et une apparente diminution du tonus fessier gauche. Aux épreuves de marche, on retrouve une marche spontanée se faisant avec une boiterie et le patient se refuse à tenir sur la pointe des pieds. A l'examen en position couchée, on note une manœuvre de Lasègue un peu sensible en fin de mouvements à gauche, une possible hypotrophie pédieuse gauche mais sans asymétrie des périmètres des mollets et une bonne préservation des réflexes tendineux et de la force musculaire. La sensibilité superficielle est ininterprétable en raison de réponses fantaisistes et variables.

L'examen clinique a été complété par un ENMG. Comme mentionné ci-dessus, cet examen a été effectué dans des conditions de collaboration totalement insuffisantes ne permettant pas de juger des tracés aux mouvements ; néanmoins, cet examen permet de retrouver l'atteinte radiculaire S1 gauche notée préalablement par le Dr L._____ avec la présence de signes de dénervation spontanés relativement abondants dans le jumeau interne.

Je n'ai pas eu accès à l'imagerie mais j'ai pris note du fait que les examens radiologiques pratiqués préalablement ont révélé une petite hernie discale L5-S1 médio-latérale gauche.

En conclusion, à nouveau, le présent bilan démontre un mélange d'éléments organiques indubitables avec une atteinte radiculaire S1 gauche dont la signification clinique exacte est rendue inappréciable par des facteurs de majoration des symptômes tout à fait évidents.

Si l'on se base sur la composante organique, on serait en droit de proposer à ce patient une sanction chirurgicale au vu de l'échec des mesures thérapeutiques conservatrices tentées jusqu'ici. Il est néanmoins évident que le contexte global rend le résultat d'une telle intervention totalement aléatoire, ceci d'autant plus qu'il est impossible de préciser l'importance effective de la symptomatologie. En dehors d'une sanction chirurgicale, on ne peut que proposer la poursuite si nécessaire du traitement conservateur, poursuite qui paraît néanmoins n'avoir pas de sens étant donné l'échec des différentes mesures thérapeutiques effectuées jusqu'ici et le contexte psychologique.

S'agissant de l'activité professionnelle, il paraît peu probable que [l'assuré] reprenne une activité professionnelle en l'état actuel des choses, en tous les cas comme peintre en bâtiment. Au vu du contexte global, une reprise d'une activité professionnelle adaptée paraît également aléatoire. Néanmoins, je ne vois pas comment « contourner » une entrée en lice des organismes administratifs de l'Al en raison de la composante organique indubitable malgré le contexte global défavorable.

En ce qui concerne la relation de causalité naturelle entre la symptomatologie actuelle et la chute du 27.01.2010, il est évident que cette chute n'a vraisemblablement pas provoqué la hernie discale, ceci d'autant plus que le bilan radiologique pratiqué a démontré également des discopathies au niveau L3-L4 et L4-L5. Néanmoins, sur la base des éléments à notre disposition, il semble que cette chute ait rendu symptomatique une atteinte discale préexistante soit par un mécanisme d'étirement radiculaire sur la hernie, soit au travers d'une extrusion de matériel discal.

Si l'on se base sur l'attitude définie préalablement quant au rôle relatif des facteurs traumatiques et maladifs, on serait en droit de limiter le rôle du facteur traumatique intervenu le 27.01.2010 à une période de 2 ans au maximum. Reste que cette attitude prête matière à discussion puisqu'il semble que ce patient était asymptomatique avant la chute et que, même s'il existait une hernie discale, cette dernière aurait pu rester asymptomatique sans l'événement accidentel. L'appréciation asséculo-logique est rendue d'autant plus difficile que, comme mentionné plus haut, l'importance exacte des plaintes est impossible à déterminer précisément. [...] »

Le 28 juin 2012, l'assuré s'est rendu en consultation ambulatoire au Service de neurochirurgie du Centre E._____, où le Dr O._____, spécialiste en neurochirurgie, l'a examiné. Ce dernier a adressé un rapport le 5 juillet 2012 au nouveau médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr Q._____. Il a communiqué notamment ce qui suit :

« [...] **Examens complémentaires**

*IRM lombaire réalisée au mois de mai 2012 au Centre E._____ :
protrusion discale L4/L5 et L5/S1 sans conflit disco-radicaire visible.*

Problèmes et attitude

Le patient présente un syndrome radicaire S1 gauche inexpliqué par cette IRM lombaire. Je ne retrouve pas d'indication chirurgicale, mais préconise un suivi par le centre d'antalgie comme il a déjà été préconisé.

Je ne prévois pas de revoir le patient en consultation ambulatoire [...]. »

E. L'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc le 6 juillet 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

En date du 19 septembre 2012, le Dr J._____ a procédé à l'examen final de l'assuré et, par rapport du même jour, a communiqué les conclusions suivantes :

« [...] Actuellement, le patient dit qu'il souffre de lombalgies irradiant à la face postérieure du MIG [réd. : membre inférieur gauche], jusque dans le pied. Les douleurs sont permanentes, également nocturnes, empêchant le patient de dormir. Bien calé au fond d'un canapé, le patient n'a plus de douleurs lombaires mais il continue à ressentir des fourmillements dans le MIG.

L'examen clinique est une nouvelle fois dominé par un comportement douloureux et des autolimitations.

Objectivement, la musculature paravertébrale est bien développée. Elle est indolore à la palpation et elle ne présente aucune contracture. La mobilité rachidienne est globalement conservée. La manœuvre de Lasègue, qui s'effectue librement à droite, entraîne toujours des douleurs lombaires et à la face postérieure du MIG en fin de course à gauche mais elle n'est pas bloquée. Les réflexes rotuliens sont peu vifs, symétriques. Les réflexes achilléens sont vifs et symétriques. On note une possible hypotrophie pédieuse gauche mais la force musculaire est conservée à tous les niveaux. Le patient décrit une hypoesthésie non systématisée de tout le MIG.

Pour ma part, je conclus à une discrète atteinte radicaire S1 gauche séquellaire surchargée d'éléments fonctionnels.

Dans ce contexte, et en l'absence de compression actuellement démontrable, il n'y a bien entendu aucune indication opératoire dans ce cas.

Pour ce qui est de la responsabilité de la Suva, il faut admettre que l'accident a décompensé un état antérieur jusque-là asymptomatique de manière déterminante.

En d'autres termes, il est difficile de faire la démonstration d'un statu quo sine atteint à un moment ou à un autre de l'évolution.

La reprise de l'activité antérieure est difficilement envisageable.

Les limitations fonctionnelles sont les charges moyennes et les positions statiques prolongées.

Dans une activité respectant ces limitations, une pleine capacité de travail est bien sûr exigible.

Si on se réfère à la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/7.f-2004, un taux de 10% peut être retenu, la situation paraissant intermédiaire entre des douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (+) et des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts (++) dans le cadre d'une hernie discale prouvée.

Une réduction d'au moins 50% est justifiée en raison d'un état antérieur patent. L'atteinte à l'intégrité nette se monte donc à 5%. »

Par communication du 25 septembre 2012, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une avance sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 6'300 fr. (valeur 2012), correspondant à une atteinte à l'intégrité de 5%.

F. Dans l'intervalle, l'OAI a reçu l'assuré en entretien le 21 août 2012, dans le cadre de la procédure d'intervention précoce. Le procès-verbal corrélatif relate les propos tenus par l'assuré comme suit :

« [...L'assuré] travaille comme peintre en bâtiment, sans formation reconnue en Suisse, chez son frère. Nous lui proposons d'effectuer une MIP [réd. : mesure d'intervention précoce]. Celui-ci nous indique effectuer de la surveillance de chantier chez son frère et ne pas pouvoir s'absenter plusieurs jours à suivre. Son épouse précise de suite que c'est occasionnel.

L'assuré nous informe également n'avoir pas pu être présent à notre premier rendez-vous le 15.08.2012 car il n'a pas vu immédiatement la convocation. Il se trouvait dans l'entreprise de son frère. [...] »

Le 14 novembre 2012, un inspecteur de la CNA s'est rendu dans l'entreprise R. _____ SA et a eu une discussion avec l'assuré et son frère, B.A. _____. Il a relaté les propos de ce dernier comme suit dans son rapport du même jour :

« [...] Son frère, patron, explique que l'entreprise occupe 20 ouvriers. Pour la première fois depuis 11 ans, elle est en difficultés de trésorerie. L'argent peine à rentrer. Des poursuites sont arrivées. Pour son frère, il verrait peut-être une solution pour un travail à 50% dès le mois de mars 2013. Là, l'entreprise va commencer un gros chantier de 2 ans pour l'Etat et il pourra s'occuper des transports du matériel et des ouvriers. Il faudra toutefois qu'il soit présent tous les matins régulièrement et, à son avis c'est impossible actuellement tant il souffre certains jours.

Il est expliqué que la Suva ne peut pas allouer une prestation à long terme à hauteur de 50%, compte tenu de l'exigibilité établie par les

médecins (notion expliquée). Par ailleurs, le terme est trop éloigné et le bilan devra être fait avant pour la Suva.
Nous conseillons un licenciement puis un réengagement en mars 2013. Entre-temps, M. A.A. _____ pourra timbrer au chômage et saura exactement ce que la Suva peut offrir.
M. B.A. _____ ne veut pas licencier son frère. [...]
Il demande que la Suva revienne avec une proposition concrète, tant en matière de délai que de montant. Il verra ensuite quoi faire avec son frère. »

L'OAI a avisé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était envisageable le 20 décembre 2012. Il a établi un projet de décision le même jour, envisageant de nier à l'assuré le droit à une rente et à un reclassement professionnel, étant donné la tardiveté de sa demande de prestations du 6 juillet 2012, dans la mesure où une capacité de travail entière dans une activité adaptée lui était reconnue dès le 25 septembre 2012. A fortiori, dès cette date, l'assuré présentait un degré d'invalidité nul. Une décision conforme à ce projet a été adressée à l'assuré le 12 février 2013.

L'inspecteur de la CNA s'est à nouveau entretenu avec l'assuré et son frère en date du 19 février 2013. Dans le procès-verbal corrélatif, il a consigné les déclarations suivantes :

« [...] M. A.A. _____ et M. B.A. _____ contestent formellement que l'intéressé ait repris une quelconque activité pour l'entreprise. Il n'a jamais fait de surveillance de chantier et la situation relevée en août 2012 par l'AI est erronée. [...]
A ce jour, il est encore une fois clairement confirmé qu'aucune activité n'a été développée dans l'intérêt de l'entreprise. Tout au plus, M. B.A. _____ convient qu'il a ici ou là demandé à son frère d'aller chercher un ouvrier ou faire une petite course pour l'occuper un peu et au maximum une fois par mois, et encore. Il n'est pas possible d'occuper M. A.A. _____ dans la situation actuelle car on ne sait jamais s'il pourra être présent ou pas. A cause des douleurs, il reste parfois couché toute la journée. [...]
Malgré cela, compte tenu du mandat que l'entreprise a décroché pour le début mars 2013, M. B.A. _____ est tout disposé à laisser son frère tenter une vraie reprise du travail à un horaire à convenir, pour aider dans les situations où on a besoin d'aller chercher ou commander de la marchandise, ou déplacer un ouvrier. On ne pourra pas envisager une surveillance de chantiers tant qu'il ne pourra pas suivre un horaire régulier. Bien entendu, M. A.A. _____ sera libéré de suite par l'entreprise s'il trouve une activité. [...] »

Subséquemment, soit le 7 mars 2013, l'inspecteur de la CNA s'est rendu dans les locaux de la société R. _____ SA et a recueilli les

fiches de salaire établies en faveur de l'assuré, dans le but d'expliquer les fluctuations des revenus déclarés en sa faveur. Il a relaté les éléments suivants suite à un entretien avec le frère de l'assuré, M. B.A. _____ :

« [...] M. B.A. _____ confirme donc que son frère est directeur, que durant les premières années, il a accepté un salaire bas et qu'il est normal depuis 2010. [...] s'est « serré la ceinture » pour permettre à l'entreprise de démarrer. [...]

M. B.A. _____ est avisé du fait que la Suva doit continuer ses investigations et que les paiements sont bloqués jusqu'à nouvel avis. En particulier, il ne s'agit pas de récupérer des primes mais bien de déterminer si et dans quelle mesure l'indemnité journalière doit être recalculée et un décompte négatif établi. Cas échéant, nous informerons son frère directeur. »

Ont été pris en compte en définitive le certificat de salaire afférent à l'année 2009 mentionnant un salaire brut total de 29'701 fr. et s'agissant de l'année 2010, la déclaration aux organes de l'AVS d'un salaire annuel de 38'761 fr. Le gain assuré ascendait en conséquence à 30'346 fr. 35.

G. La CNA a informé l'assuré, par correspondance du 10 juillet 2013, du terme de la prise en charge des frais médicaux et du versement de l'indemnité journalière, porté au 28 février 2013. Il serait statué par décision spécifique ultérieure sur le droit à d'autres prestations de l'assurance-accidents, soit une rente d'invalidité et une IPAI.

Par décision du 25 juillet 2013, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité d'un taux de 11% correspondant à une rente mensuelle totale de 222 fr. 55 dès le 1^{er} mars 2013, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité résultait de la comparaison des revenus annuels sans et avec invalidité de 61'666 fr., respectivement 54'698 francs. La CNA a également octroyé une IPAI de 5%, soit un montant de 6'300 fr. (valeur 2013). Selon les pièces versées au dossier de la CNA, le revenu déterminant d'invalidité de 54'698 fr. par année a été mis en évidence sur la base de cinq descriptions de postes de travail (DPT), à savoir les DPT 10851, 9242220, 362411 et 1138 correspondant à des

activités de collaborateur de production, ainsi que la DPT 851184 afférente à un poste d'employé de laboratoire.

L'assuré s'est opposé à la décision du 25 juillet 2013 de la CNA, par courrier du 31 juillet 2013 signé de la main de son frère. Il a manifesté son désaccord avec le degré d'invalidité retenu pour fixer la rente allouée par la CNA, considérant ne pas être en mesure de « travailler à 90% ». Il a requis un délai pour compléter son écriture.

Invité à signer personnellement et compléter son écriture d'opposition, l'assuré s'est présenté auprès de la CNA le 28 août 2013 en compagnie de son frère. Il a complété un procès-verbal, contestant la clôture de son cas dans son principe, compte tenu de la poursuite de son traitement. Il a derechef fait grief à la CNA d'avoir déterminé un taux d'invalidité sous-évalué et relevé que le gain assuré était erroné. Le taux d'IPAI lui paraissait également insuffisant.

La CNA a rendu sa décision sur opposition le 12 février 2014, rejetant l'opposition de l'assuré et maintenant sa décision du 25 juillet 2013. Elle a confirmé que le traitement s'était terminé au plus tard le 28 février 2013 en l'absence de toute mesure thérapeutique susceptible de faire évoluer l'état de santé de l'assuré, tandis que l'OAI avait refusé toute mesure de reclassement. S'agissant du gain assuré, elle a rappelé qu'était déterminant le salaire déclaré à l'AVS, ce qui correspondait in casu à un salaire annuel moyen de 30'346 fr. 35 sur l'année précédant l'accident du 27 janvier 2010. Quant à la rente d'invalidité, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, telle qu'évaluée par le Dr J._____, le revenu annuel moyen d'invalidité de 54'698 fr. était bien fondé. Le revenu sans invalidité avait par ailleurs à bon droit été fixé sur la base de la Convention collective de travail romande du second œuvre (CCT-SOR) qui prévoyait pour un aide-peintre avec expérience un salaire annuel de 61'666 fr. 20. La comparaison des revenus précités mettait effectivement à jour un degré d'invalidité de 11%. Le taux de 5% d'IPAI devait enfin être confirmé, le taux initial de 10% étant légitimement réduit

de 50% du fait d'un état antérieur, selon le rapport d'examen final du Dr J._____.

H. Représenté par un avocat, Me Dominique d'Eggis, l'assuré a déféré la décision sur opposition du 12 février 2014 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 14 mars 2014. Il a conclu à son annulation, sous suite principalement de renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire, subsidiairement de maintien du versement des indemnités journalières au-delà du 28 février 2013, de l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100% et d'une IPAI « équivalant à son invalidité ». Il a argué de la non-stabilisation de son état de santé à la date du 28 février 2013, mettant en exergue les conclusions de la Clinique H._____ et du Dr N._____, lesquels excluaient une évolution favorable à court terme. Il a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à clarifier les aspects somatique et psychique de son état de santé. Il a également relevé que des assurances avaient été obtenues de la part des collaborateurs de la CNA quant au paiement des indemnités journalières jusqu'à fin octobre 2013. Enfin, il a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire vu la précarité de sa situation financière.

La CNA a produit sa réponse au recours le 24 avril 2014, en proposant le rejet, compte tenu de l'absence d'éléments nouveaux et du caractère à son sens superflu d'une expertise.

Par décision du 28 avril 2014, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 14 mars 2014 et désigné Me d'Eggis en qualité d'avocat d'office, tout en lui imposant le paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} mai 2014.

L'assuré a répliqué le 23 juin 2014, réitérant que les collaborateurs de la CNA l'ayant reçu avec son frère dans le cadre de la procédure d'opposition avaient confirmé le versement d'indemnités journalières et indiqué que l'employeur pouvait poursuivre le paiement de son salaire. Se prévalant du respect de la bonne foi, le recourant a dès lors

requis le versement des indemnités journalières par la CNA jusqu'en décembre 2013. Il a produit à cette fin un tirage des bulletins de salaire émis par R. _____ SA d'octobre à décembre 2013 et proposé l'audition de M. B.A. _____, ainsi que des collaborateurs de la CNA concernés.

Il a fait parvenir à la Cour de céans les certificats d'incapacité totale de travail établis par le Dr Q. _____ dès le 9 juillet 2014, réceptionnés les 20 et 28 août 2014.

L'intimée a indiqué renoncer à se déterminer le 9 septembre 2014.

Par pli du 29 janvier 2015, le recourant a adressé un tirage du rapport médical rédigé à la suite d'une consultation ambulatoire du 22 janvier 2015 auprès de la Dresse S. _____, médecin assistante au sein du Service de neurochirurgie du S. _____. Cette dernière a relaté les éléments suivants :

« [...] **Examens complémentaires**

IRM de la colonne lombaire de juillet 2014 : hernie discale L5-S1 luxée vers le bas à gauche avec conflit sur la racine S1 gauche.

Problèmes et attitude

Le patient a une lombosciatalgie S1 gauche, non déficitaire, évoluant depuis plusieurs années, résistant au traitement conservateur pris et le bilan d'imagerie montre une compression de la racine S1 gauche par un fragment herniaire L5-S1. Dans ce contexte, nous proposons un traitement chirurgical. Le patient se montre plutôt contraire à une prise en charge chirurgicale. Il va y réfléchir. [...] »

Un tirage d'un certificat médical du Dr Q. _____ poursuivant l'arrêt total de travail en faveur de l'assuré était également annexé. Le recourant a ainsi derechef proposé la mise en œuvre d'examens complémentaires afin de clarifier l'évolution de son état de santé et de sa capacité de travail.

En outre, dans cette même correspondance du 29 janvier 2015, le conseil de l'assuré a signalé à la Cour de céans mettre fin à son

mandat et a communiqué la liste des opérations effectuées, correspondant à 7 heures de travail.

Par écriture du 9 février 2015, la CNA a observé que le Service de neurochirurgie du Centre E._____ avait précédemment exclu un traitement chirurgical dans le cas de l'assuré, les constats de la Dresse S._____, postérieurs à la décision sur opposition entreprise, dépassant le cadre du litige. Elle a au surplus persisté à conclure au rejet du recours.

Par décision du 9 octobre 2015, le juge instructeur a fixé l'indemnité d'office allouée à Me d'Eggis pour la période du 14 mars 2014 au 29 janvier 2015, soulignant que le bénéficiaire de l'assistance judiciaire était tenu au remboursement de ladite indemnité, provisoirement mise à la charge de l'Etat. Il a indiqué, par pli séparé du même jour au mandataire de l'assuré, qu'un nouveau conseil ne serait pas désigné en l'état, vu que la cause était en l'état d'être tranchée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). 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 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours contre la décision sur opposition du 12 février 2014 a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile en date du 14 mars 2014. Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée

préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) In casu, par sa décision sur opposition du 12 février 2014, la CNA a maintenu le terme de la prise en charge des frais de traitement et du versement des indemnités journalières avec effet au 28 février 2013, ainsi qu'elle l'avait décidé le 25 juillet 2013.

Elle a par ailleurs confirmé l'allocation d'une rente d'invalidité fondée sur un degré de 11% dès le 1^{er} mars 2013 par suite d'une

comparaison des revenus, ainsi que l'octroi d'une IPAI de 5%, tenant compte ce faisant du défaut de lien de causalité entre la symptomatologie présentée par la recourant et l'accident incriminé au-delà du 28 février 2013.

De son côté, l'assuré conteste non seulement le terme porté à la prise en charge des frais de traitement et au versement des indemnités journalières à la date du 28 février 2013, mais également la quotité des prestations sous forme de rente d'invalidité et d'IPAI allouées par la CNA.

Il estime en particulier que son état de santé, qui ne serait pas stabilisé, ne lui permettrait pas d'exercer une activité lucrative au taux retenu par la CNA, au vu de l'importante symptomatologie douloureuse l'affectant. Il propose dans ce contexte de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire – sur les plans somatique et psychique – destinée à clarifier sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles.

S'agissant de l'IPAI, il soutient que le taux basant cette prestation devrait correspondre « à son invalidité » sans chiffrer plus avant ses prétentions.

On ajoutera que l'assuré se prévaut également de la protection de sa bonne foi pour requérir le versement des indemnités journalières de la part de l'intimée jusqu'à fin décembre 2013, signalant que les collaborateurs de la CNA auraient engagé l'assurance dans cette mesure.

Il ne conteste en revanche pas plus avant le gain assuré déterminé par l'intimée, telle que détaillé dans la décision sur opposition dont est recours.

La CNA, pour sa part, se réfère pour l'essentiel aux considérants de sa décision sur opposition du 12 février 2014, rappelant qu'aucune mesure thérapeutique spécifique n'a été préconisée pour faire évoluer l'état de santé de l'assuré. Elle s'est fondée sur l'appréciation du

Dr J._____ pour déterminer la capacité de travail du recourant et a recouru à cinq DPT pour procéder à une comparaison des revenus aboutissant au degré d'invalidité de 11%. Eu égard à l'IPAI, elle s'est également basée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement.

Au vu de l'ensemble des griefs soulevés par le recourant, il s'agira préalablement de déterminer si ce dernier peut arguer de sa bonne foi pour requérir la poursuite du versement des indemnités journalières jusqu'en décembre 2013.

Il conviendra ensuite de se prononcer sur la situation médicale de l'assuré, dans la mesure où les pièces médicales à disposition permettent de statuer sur l'ensemble des droits litigieux.

Pour autant que l'on parvienne à la conclusion selon laquelle l'état de santé du recourant est effectivement stabilisé, il y aura alors lieu de se pencher sur la détermination du degré d'invalidité arrêté par la CNA, avant d'examiner les fondements du droit à l'IPAI.

En définitive, la Cour de céans doit se prononcer sur l'ensemble des prestations entrant en ligne de compte dans le cas du recourant, lesquelles font partie non seulement de l'objet du litige, mais également de l'objet de la contestation.

En revanche, en l'absence de grief soulevé sur le montant du gain assuré au stade de la procédure de recours, il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur cette question, au demeurant étayée par l'intimée dans la décision sur opposition du 12 février 2014.

3. Préliminairement, on rappellera le principe de la bonne foi devant régir les relations entre l'administration et les administrés, dont se prévaut l'assuré pour requérir le paiement d'indemnités journalières de la CNA jusqu'à la fin de l'année 2013.

a) Ce principe est ancré aux art. 5 al. 3 et 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et a trouvé une concrétisation en matière d'assurances sociales, notamment à l'art. 27 LPGA qui règle les devoirs de renseignements des assureurs à l'égard des assurés.

Le principe de la bonne foi, valant pour l'ensemble de l'activité étatique, interdit à l'autorité de se comporter de manière contradictoire. Il protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration et qu'il a pris sur cette base des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir de préjudice. En outre, ce principe commande aux autorités comme aux particuliers de s'abstenir, dans les relations de droit public, de tout comportement contradictoire ou abusif. Ne peut toutefois prétendre à être traité conformément aux règles de la bonne foi que celui qui n'a pas lui-même violé ce principe de manière significative (ATF 137 II 182 consid. 3.6.2 ;

TF [Tribunal fédéral] 1C_495/2013 du 7 janvier 2014 consid. 5 ; Gustavo Scartazzini/Marc Hürzeler, *Bundessozialversicherungsrecht*, 4^{ème} éd. 2012, p. 74 ; Pierre-Yves Greber, in : *Droit suisse de la sécurité sociale*, Vol. I, 2010, p. 38 ; de manière générale : Thierry Tanquerel, *Manuel de droit administratif*, 2011, p. 192-201).

In casu, on ne voit pas que le recourant puisse valablement inférer de ses discussions avec les collaborateurs de la CNA le droit au maintien du versement des indemnités journalières pour la période du 1^{er} mars 2013 au 31 décembre 2013.

Singulièrement, l'examen des procès-verbaux d'entretien, rédigés par l'inspecteur au service de l'intimée, ne fait état d'aucun engagement de l'assurance en vue du paiement des prestations en cause. L'inspecteur de la CNA a bien au contraire attiré l'attention de l'assuré sur l'exigibilité médicale définie par le Dr J._____ à l'issue de son examen final du 19 septembre 2012, laquelle impliquait la clôture du cas

d'assurance à brève échéance (cf. procès-verbal d'entretien du 14 novembre 2012). Une conclusion en faveur de l'interprétation de l'assuré ne peut être davantage déduite des procès-verbaux subséquents établis les 19 février 2013 (lequel a été signé par l'assuré et son frère) et 7 mars 2013.

Quant au procès-verbal d'opposition du 28 août 2013, cosigné par le recourant et par B.A. _____, ce document fait uniquement état des griefs de l'assuré à l'encontre des diverses prestations fixées par la CNA. Il n'en ressort strictement aucun engagement de la part de l'intimée à acquitter des indemnités journalières au-delà du 28 février 2013.

Il s'ensuit que le recourant ne peut se prévaloir du respect de la bonne foi, au sens entendu par la jurisprudence fédérale citée supra, pour conclure au paiement desdites prestations.

Dans ce contexte, il apparaît superflu de procéder à l'audition du frère de l'assuré, dont l'intérêt à la poursuite du versement d'indemnités journalières de la part de la CNA apparaît évident en sa qualité d'administrateur de la société R. _____ SA. On ne voit dès lors pas qu'une telle mesure d'instruction viendrait apporter un éclairage différent ou nouveau qui serait de nature à faire douter de la teneur des procès-verbaux versés au dossier de l'intimée.

L'argument de l'assuré fondé sur la protection de sa bonne foi ne peut donc qu'être rejeté.

4. Il s'agit à ce stade de se prononcer sur le droit aux prestations du recourant, à l'aune des règles légales et jurisprudentielles ci-après.

a) 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).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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 (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

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_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références).

c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

5. D'après l'art. 36 al. 1 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne

sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206).

6. a) Pour pouvoir se déterminer, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La

tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256

consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ;

TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF

9C_1023/2008

du

30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et

qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

c) L'on ajoutera que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

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

7. En l'espèce, il convient dans un premier temps de déterminer si l'état de santé de l'assuré peut être considéré comme stabilisé au vu des pièces médicales réunies par l'intimée.

a) On rappellera que l'assuré a fait l'objet de plusieurs examens cliniques spécialisés à la demande de la CNA, à savoir au sein de

la Clinique H._____, auprès des Drs N._____ et P._____, ainsi qu'auprès du médecin d'arrondissement, le Dr J._____. Il a par ailleurs fait l'objet d'un suivi au sein du Service de neurochirurgie du Centre E._____ par le Dr O._____.

Sur le plan diagnostique, les différents praticiens consultés convergent pour retenir un « syndrome radiculaire S1 gauche » en sus d'une « hernie discale L5-S1 » d'origine dégénérative. Ils ont par ailleurs tous relevé l'absence d'indication d'une mesure thérapeutique invasive, préconisant une prise en charge antalgique, tout en observant un comportement douloureux, des signes de non organicité et d'importantes autolimitations.

Dans ce contexte, les conclusions contenues dans le rapport d'examen final du Dr J._____ du 19 septembre 2012 sont superposables aux avis communiqués par ses confrères spécialistes. Faute d'indication d'un nouveau geste thérapeutique, ce praticien a ainsi été en mesure de définir l'exigibilité d'une reprise d'activité à temps complet pour autant que celle-ci soit exempte de port de charges moyennes et de positions statiques prolongées.

Le rapport du 19 septembre 2012 peut se voir conférer pleine valeur probante, dans la mesure où il remplit les réquisits imposés par la jurisprudence fédérale citée supra sous considérant 7b. Singulièrement, le médecin d'arrondissement de la CNA a procédé à des investigations fouillées du cas de l'assuré, non sans prendre en compte les éléments pertinents de son anamnèse et les plaintes alléguées, de même que les constats cliniques objectivés par ses confrères. Ce n'est en outre qu'après étude minutieuse des pièces médicales à disposition qu'il a fait part de ses conclusions, fondées également sur ses propres observations, au demeurant corroborées par ses confrères ayant reçu ou suivi l'assuré.

Ce document peut donc être suivi.

b) Le recourant se prévaut par ailleurs, au stade de la présente procédure, du rapport établi par la Dresse S. _____ du Service de neurochirurgie du Centre E. _____, ainsi que des certificats médicaux émanant de son médecin généraliste traitant, le Dr Q. _____, pour se distancer de l'appréciation de l'intimée.

S'agissant des certificats du Dr Q. _____, ces documents ne font état que des incapacités totales de travail réitérées par ce praticien, sans aucun détail sur les motifs desdites incapacités. Ils ne sont dès lors en aucun cas de nature à ébranler les conclusions des spécialistes consultés.

Quant à l'opinion communiquée par la Dresse S. _____, on ne peut que constater qu'il s'agit d'une proposition thérapeutique isolée en présence du diagnostic connu de l'intimée de « lombosciatalgie S1 gauche ». Cela étant, ainsi que l'a relevé à juste titre la CNA dans son écriture du 9 février 2015, ce document fait de toute façon état d'une situation largement postérieure à la date de la décision sur opposition entreprise.

Or, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant éventuellement modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

Partant, le rapport de la Dresse S. _____ ne peut qu'être écarté par la Cour de céans dans la mesure où il ne reflète pas l'état de fait régnant à la date de la décision sur opposition du 12 février 2014.

c) Compte tenu de l'exhaustivité des examens conduits à la requête de l'intimée et en l'absence de tout élément substantiellement nouveau qui viendrait contredire les conclusions retenues notamment par

le Dr J._____, on ne voit pas de raison de s'en écarter, ni même de les compléter.

Les constats médicaux pertinents sur le plan somatique permettent en conséquence de retenir une stabilisation de l'état de santé de l'assuré au plus tard à la date du 28 février 2013, telle que retenue par la décision sur opposition litigieuse.

d) On ajoutera qu'en l'absence de tout diagnostic du registre psychiatrique évoqué ou discuté par les différents spécialistes consultés, une investigation de l'état de santé psychique du recourant, telle que proposée par ce dernier, apparaît superflue.

8. Il se justifie dès lors de se prononcer sur la rente allouée à l'assuré dès le 1^{er} mars 2013 selon décision du 25 juillet 2013, confirmée sur opposition le 12 février 2014.

a) 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.

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

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une

atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

c) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Vol. XIV, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n° 229, p. 977).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs

approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., ibidem).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

d) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

En l'espèce, l'intimée a constaté que les données concrètes émanant de l'entreprise R._____SA étaient trop fluctuantes, singulièrement trop basses en 2009, pour permettre d'arrêter un revenu sans invalidité reflétant les compétences et la situation personnelle de l'assuré avant l'accident du 27 janvier 2010.

Elle a donc retenu un salaire fondé sur les chiffres ressortant de la CCT-SOR, valables pour un aide-peintre en bâtiment avec expérience, soit 61'666 fr., qu'il y a lieu de confirmer ici, puisqu'il correspond incontestablement au profil professionnel du recourant.

On relèvera que ce montant s'avère largement à l'avantage de l'assuré, dans la mesure où la simple consultation de ses comptes

individuels AVS permet de constater qu'il ne peut se prévaloir avant la survenance de l'accident que de revenus sensiblement inférieurs au montant pris en compte par la CNA. Les déclarations du frère du recourant ou de ce dernier quant à l'augmentation notable de ses perspectives de gain (pour ascender à plus 80'000 fr. par an) ne revêtent pas une valeur probante suffisante pour établir la vraisemblance d'un tel gain en l'absence d'autres indices au dossier et au vu des intérêts de ces personnes au sein de la société R. _____ SA.

e) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

Dans un tel cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée (ATF 128 V 29 consid. 1). C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

En l'occurrence, dans la mesure où le recourant n'a pas repris une activité lucrative conforme à l'exigibilité médicale fixée à 100%, la CNA était en droit de recourir aux DPT pour établir le revenu d'invalidé. Il s'agit ainsi de déterminer si les cinq DPT sélectionnées par l'intimée sont adaptées à la situation spécifique de l'assurée.

aa) S'agissant de la DPT 10851, il apparaît que cette activité de collaborateur de production implique la surveillance et l'alimentation

de trois machines. L'activité s'effectue en alternance en position assise et debout. Elle ne comporte aucun port de charges supérieures à des charges moyennes, et s'avère essentiellement sédentaire.

On ne voit aucune contre-indication à l'exercice de cet emploi, un tel poste étant à l'évidence strictement compatible avec les limitations retenues sur le plan médical.

bb) Il en va de même de l'activité de collaborateur de production décrite par la DPT 9242220, où l'employé réalise des mouvements d'horlogerie et de montres. L'activité est déployée en position assise, avec des déplacements occasionnels d'une cinquantaine de mètres au plus, les poids manipulés n'excédant pas 300 grammes.

cc) Eu égard à la DPT 362411, relative également à un poste de collaborateur de production, on relève qu'il s'agit d'une activité de montage de cartes et de modules électroniques, de contrôle de la qualité et de surveillance, ainsi que de réglage de machines. Ce poste n'implique pratiquement jamais de ports de charges ou uniquement de charges inférieures à 5 kilos. Il permet l'alternance des positions assise et debout.

Vu ce descriptif, une telle activité est également accessible au recourant au regard des restrictions fonctionnelles décrites par le Dr J._____.

dd) La DPT 1138 concerne également une activité de collaborateur de production. Cette activité de soudage, essentiellement sédentaire, n'implique qu'un port de charges très légères et quelques rares déplacements de moins de 50 mètres. Une telle description ne comporte aucune tâche contre-indiquée médicalement dans le cas de l'assuré, de sorte qu'elle doit être considérée comme pleinement adaptée à son état de santé.

ee) Quant à la DPT 851184, elle correspond à un poste d'employé de laboratoire où sont effectués des travaux de préparation du

matériel et le transport de rapports et d'analyses. Cet emploi ne comprend qu'un port de charges limité à des charges moyennes. Elle permet l'alternance des positions et implique des déplacements fréquents, mais limités quant au périmètre de marche.

Les éléments contenus dans cette DPT permettent également de constater l'adéquation de l'activité concernée avec les restrictions médicales relevées auprès du recourant.

ff) Il s'avère en définitive que les cinq DPT retenues par la CNA sont compatibles avec l'état de santé du recourant, dans la mesure exposée ci-dessus. En outre, elles satisfont aux conditions formelles posées par la jurisprudence (ATF 129 V 472).

C'est dès lors à juste titre que la CNA s'est référée aux cinq DPT produites pour déterminer le salaire réalisable par le recourant à plein temps, compte tenu des séquelles de l'accident du 27 janvier 2010.

Le revenu d'invalidé fixé sur ces bases, soit 54'698 fr. réalisable en moyenne en 2013, n'est donc pas critiquable.

f) En comparant le revenu d'invalidé (54'698 fr.) au revenu sans invalidité (61'666 fr.), on met effectivement à jour un degré d'invalidité de 11,29%, arrondi à 11%, tel que calculé par l'intimée.

Par conséquent, la décision de la CNA d'octroyer une rente d'invalidité à ce taux échappe à la critique. Il en va de même d'ailleurs s'agissant du montant de la rente mensuelle corrélative que l'assuré ne remet du reste pas spécifiquement en question.

g) Par surabondance, il s'agit d'observer que la détermination alternative du revenu d'invalidé au moyen des ESS n'aboutirait pas un résultat plus favorable au recourant.

En matière LAA, il est en effet possible, mais non impératif, de recourir aux ESS pour déterminer le revenu d'invalidé dans le cas où l'assuré n'a repris aucune activité lucrative ou une activité ne correspondant pas à l'exigibilité (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Dans un tel cas, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, une déduction supplémentaire des salaires statistiques peut être opérée dont la mesure dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

In casu, il conviendrait de se fonder sur le tableau TA1 de l'ESS 2012 indiquant un revenu mensuel de 5'210 fr. réalisable par un homme sans qualifications professionnelles requises dans les secteurs de la production et des services. Le montant annuel correspondant serait de 65'654 fr. du fait d'un horaire hebdomadaire moyen de 41,7 heures en 2013 et après actualisation au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableaux B 9.2 et B 10.3).

Quant à l'abattement qui devrait être opéré sur le montant précité, une réduction de 10% apparaîtrait adéquate dans le cas de l'assuré, pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles restreintes et de sa faible maîtrise de la langue française. On ajoutera que le TA1 des ESS, dans des activités de niveau 1, englobe une large palette d'activités

simples et répétitives, ne requérant pas de compétences professionnelles particulières, ce qui exclut la prise en compte d'un niveau de formation éventuellement insuffisant. Le montant déterminant serait en définitive de 59'089 francs.

La comparaison d'un tel revenu d'invalidé annuel avec le revenu hypothétique sans invalidité de 61'666 fr. mettrait à jour un degré d'invalidité inférieur à celui retenu par la CNA, à savoir de 4,2%.

h) Vu ce qui précède, on confirmera le degré d'invalidité et la rente allouée par la CNA selon ses décisions du 25 juillet 2013 et décision sur opposition du 12 février 2014.

9. En dernier lieu, il s'impose d'examiner la quotité de l'IPAI octroyée par la CNA, à concurrence d'un taux de 5%.

a) Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

Aux termes de l'art. 24 al. 2 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Cette disposition légale ne fixe pas seulement le moment auquel l'assureur-accidents doit statuer sur le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également le moment déterminant auquel les conditions matérielles du droit doivent être examinées. L'assureur doit d'abord statuer sur le droit à la rente avant de rendre sa décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (TF 8C_221/2012 du 4 avril 2013 consid. 4.2.2 ; TFA U 105/03 du 23 décembre 2003 consid. 5.2 in : RAMA 2004 n° U 508 p. 265).

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

b) Faisant notamment usage d'une délégation de compétence prévue à l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Selon l'alinéa 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA.

Cette annexe comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1).

c) Le Tribunal fédéral des assurances a consacré le caractère objectif ou égalitaire de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui doit être

fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par l'assuré (ATF 113 V 218 consid. 4). La gravité de l'atteinte s'apprécie selon les constatations médicales. Elle doit être la même pour tous les assurés présentant le même status médical, sur la base des mêmes constatations médicales objectives. Elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous et il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné ou des effets particuliers ressentis par un assuré donné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

Il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (Walter Gilg/Hans Zollinger, *Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Berne 1984 p. 100 ss ; Frei, *Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung*, 1998, p. 68). Cette appréciation a lieu sur le plan médico-théorique et les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart. Les circonstances particulières (handicap dans les loisirs, âge, etc.) de l'assuré ne sont pas prises en considération dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ni la manière dont ce dernier ressent les douleurs.

d) En l'occurrence, la CNA a fixé à 5% le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, se basant sur les considérations du Dr J. _____ du
19 septembre 2012.

Ce faisant, ce médecin s'est fondé sur la Table 7 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité, édictés par la CNA, laquelle prévoit ce qui suit en présence d'une « hernie discale prouvée » :

- une IPAI de 5% à 10% en cas de douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant rapidement et complètement (1 à 2 jours) ;
- une IPAI de 10% à 20% en cas de douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts.

Le Dr J._____ a pris en considération le degré d'IPAI de 10% correspondant au seuil douloureux évoqué par l'assuré. Il a déduit la moitié de ce taux pour prendre en compte l'état antérieur constaté lors des examens cliniques consécutifs à l'accident et finalement retenir un degré d'IPAI définitif de 5%.

Ce raisonnement et ses fondements ne peuvent qu'être ici confirmés, tandis que la contestation du recourant dans ce contexte apparaît vague et hors de proportion au regard des atteintes à la santé diagnostiquées des suites de l'accident du 27 janvier 2010.

Les arguments de l'assuré ne peuvent en conséquence qu'être écartés s'agissant de son droit à l'IPAI et la décision de l'intimée à cet égard maintenue.

Le recourant n'a au surplus pas soulevé de grief à l'encontre du montant de l'IPAI correspondant à l'indemnisation de 5%, soit 6'300 fr. (valeur 2013), lequel ne prête au demeurant pas flanc à la critique.

10. Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

a) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (cf. art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer des dépens dès lors que le recourant, n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 12 février 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- A.A. _____, à [...],
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :