

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 décembre 2015

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
MM. Gutmann et Pittet, assesseurs  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jeton Kryeziu, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

---

**Art. 6 et 18 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** Alors qu'il faisait l'objet d'une procédure de renvoi du territoire helvétique ordonnée par les autorités [...], A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant kosovar né en 1969, a été engagé le 30 août 2005 par l'entreprise J.\_\_\_\_\_ Sàrl en qualité d'aide-serrurier. A ce titre, il s'est trouvé assuré contre le risque d'accident et de maladie professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou la SUVA).

Le 31 août 2005, l'intéressé a été victime d'un accident de chantier au cours duquel un cadre de fenêtre lui est tombé sur le dos et l'épaule droite, occasionnant une fracture burst-split L4 avec déficit sensitif, ainsi qu'une plaie profonde avec déchirure musculaire du trapèze et une fracture de la deuxième côte droite. Il a été conduit le jour même aux Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux X.\_\_\_\_\_), où son atteinte lombaire a été traitée par spondylodèse L3-L5 et sa plaie suturée. Il a été transféré le 20 septembre 2005 à l'Hôpital de B.\_\_\_\_\_, en réadaptation, et y est demeuré jusqu'au 14 novembre 2005.

L'intéressé ne reprendra aucune activité lucrative en Suisse ultérieurement.

**B.** L'employeur a annoncé l'événement précité par déclaration de sinistre LAA remplie le 6 septembre 2005, signalant en outre un horaire de travail de quarante heures par semaine et un salaire de 23 fr. de l'heure auquel s'ajoutait une part de gratification ou treizième salaire à hauteur de 8,33%. A la suite de cette annonce, la CNA a pris en charge le cas.

Par rapport du 18 novembre 2005, la Dresse GG.\_\_\_\_\_, médecin assistante à l'Hôpital de B.\_\_\_\_\_, a exposé que l'évolution était lentement favorable avec la persistance de paresthésies de la face latérale du mollet droit, une diminution de la force musculaire aux deux membres inférieurs, une raideur et des douleurs lombaires irradiant dans

le pli inguinal droit, ainsi qu'une boiterie à la marche. Elle a considéré que le pronostic était réservé.

Dans un rapport du 23 novembre 2005, les Drs GG.\_\_\_\_\_, EE.\_\_\_\_\_, et FF.\_\_\_\_\_ (ceux-ci étant respectivement médecin chef et chef de clinique au Service de médecine et réadaptation de l'Hôpital de B.\_\_\_\_\_) ont indiqué que l'évolution était très lentement favorable, avec la persistance de paresthésies de la face latérale du mollet droit, le patient signalant en outre irrégulièrement des douleurs dorso-lombaires avec irradiation dans le pli inguinal droit. Un avis spécialisé neurologique avait par ailleurs été requis en raison de l'évolution des douleurs, de tremblements intermittents des quatre membres et d'un nystagmus ; cet examen avait montré une légère diminution du réflexe rotulien à droite, une hypoesthésie tacto-algique de la face latérale du mollet droit sans autre déficit objectivable, une raideur musculaire paravertébrale lombaire, des douleurs locales à la palpation sur la cicatrice, ainsi qu'une atteinte neurogène L5 chronique à droite.

Aux termes d'un compte-rendu du 29 novembre 2005, le Dr HH.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service [...] de neurochirurgie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier LL.\_\_\_\_\_), a mentionné une légère hypoesthésie sur la face latérale de la jambe droite et conclu à des douleurs postopératoires invalidantes mais avec un status neurologique bon.

A teneur d'un rapport du 13 décembre 2005, la Dresse M.\_\_\_\_\_, de la Policlinique [...] (ci-après : la Policlinique O.\_\_\_\_\_), a indiqué que le patient se plaignait de douleurs lombaires et de sciatalgies à droite, ainsi que d'une douleur dorsale au niveau cicatriciel ; présentant en outre une boiterie, il se déplaçait avec des cannes.

Après avoir examiné l'assuré le 13 janvier 2006, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a préconisé un complément de rééducation et un bilan global à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique V.\_\_\_\_\_. L'assuré y a séjourné du 1<sup>er</sup> février au 8 mars 2006.

Aux termes d'un rapport de synthèse du 17 mars 2006, les Drs AA. \_\_\_\_\_ et BB. \_\_\_\_\_, respectivement chef de service et médecin assistant auprès de la Clinique V. \_\_\_\_\_, ont retenu les diagnostics suivants :

### "DIAGNOSTIC(S) PRIMAIRE(S)

- **Thérapies physiques et fonctionnelles** (Z 50.1)

### DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- **Lombalgies chroniques** (M 54.5)
- **R[a]diculopathie L4 droite** (M 54.1)
- **Fracture burst-split L4 le 31.08.05** (T91.1)
- **Spondylodèse L3-L5 par USS le 31.08.05** (Z 98.1)
- **Plaie profonde et déchirure du muscle trapèze droit le 31.08.05, suturée le même jour** (T 91.0)
- **Fracture de la deuxième côte droite le 31.08.05** (T 91.2)

### CO-MORBIDITÉS

- **Dyslipidémie** (E 78.0)
- **Diabète de type II, cortico-induit** (E 14.9)"

Les médecins de la Clinique V. \_\_\_\_\_ ont précisé qu'un consilium psychiatrique avait été effectué, lequel n'avait permis de retenir aucun trouble d'ordre psychiatrique. Ils ont par ailleurs observé qu'il n'y avait actuellement pas de troubles sphinctériens, que le bilan neurologique montrait une radiculopathie L4 à droite et que, bien que l'évolution fût lentement favorable selon le patient, l'intensité des douleurs et le niveau élevé du handicap fonctionnel auto-évalué laissaient penser que les suites, en particulier la réintégration professionnelle, seraient difficiles. Les Drs AA. \_\_\_\_\_ et BB. \_\_\_\_\_ ont ajouté que l'assuré ne pourrait plus reprendre une activité professionnelle exigeante physiquement, en particulier pour le dos, mais que pour le surplus, la situation médicale n'étant pas encore stabilisée, il était prématuré de déterminer les aptitudes physiques résiduelles liées au travail. Ils ont précisé que l'incapacité de travail dans la profession actuelle était de 100% pour une longue durée.

Dans un rapport du 5 juillet 2006, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a fait mention d'une évolution lente et favorable concernant la radiculopathie L4

droite et le status post fracture burst-split. Le 31 août 2006, elle a confirmé cette évolution favorable.

Aux termes d'un compte-rendu du 20 novembre 2006, le Dr E.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service [...] de neurochirurgie du Centre hospitalier LL.\_\_\_\_\_, a signalé que l'assuré présentait toujours une radiculopathie superposable à une atteinte L4 à droite, situation inchangée dans l'anamnèse depuis l'accident d'août 2005.

A teneur d'un rapport du 14 décembre 2006 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire, les Drs I.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et chef de clinique adjointe au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier LL.\_\_\_\_\_, ont émis les conclusions suivantes :

"Les images obtenues retrouvent un status après spondylodèse postérieure L3-L4.  
Fracture du corps vertébral de L4 avec cunéiformisation antérieure et recul du mur postérieur mesurant 5 mm maximum.  
Il existe une hypotrophie de la racine L4 droite par rapport aux racines sus et sous-jacentes ainsi que par rapport à la racine controlatérale, ceci parlant en faveur d'une atteinte chronique post[-]traumatique.  
Actuellement, pas de conflit disco-radiculaire identifié.  
Pas d'anomalie au niveau des espaces L3-L4 et L5-S1."

Par rapport du 18 décembre 2006, le Dr E.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré présentait toujours une radiculopathie superposable avec une atteinte de la racine L4 à droite. Se référant en outre à l'IRM du 14 décembre 2006, il a souligné que l'imagerie ne révélait aucune compression des racines mais que, par contre, les images mettaient en évidence une diminution de la taille de ces racines, faisant penser à une séquelle de l'accident survenu un an plus tôt.

Dans un rapport du 20 décembre 2006, le Dr H.\_\_\_\_\_, neurologue, a diagnostiqué des lombalgies chroniques post-traumatiques, un syndrome radiculaire L4-L5 droit, un status post fracture burst split L4 le 31 août 2005 et un status post opération par spondylodèse L3-L5 le 31

août 2005. Il a exposé que l'évolution était bonne au niveau de la douleur, que le patient avait repris la marche tous les jours (environ 1 km) mais que persistaient encore des symptômes douloureux autour du genou droit. Il a ajouté que, visiblement, la résonance magnétique effectuée le 14 décembre 2006 avait montré un état hypertrophique de la racine L4 à droite post-traumatique qui pouvait partiellement expliquer les symptômes de l'assuré.

Par rapport du 1<sup>er</sup> février 2007, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire.

A. \_\_\_\_\_ a ensuite été convoqué pour le 27 mars 2007 en vue d'un examen par le médecin-conseil de la CNA. Cette convocation est toutefois demeurée sans suite, le prénommé se trouvant alors incarcéré en détention préventive.

Aux termes d'une correspondance du 24 avril 2007, la CNA a fait savoir à l'assuré que, selon les renseignements médicaux en sa possession, il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident. Partant, il était mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2007. Se référant par ailleurs aux dispositions légales régissant le droit à la rente d'invalidité, la Caisse a ajouté que le point de savoir si d'autres prestations d'assurances pouvaient être allouées était en cours d'examen.

Selon une attestation du 8 mai 2007 émanant de l'entreprise J. \_\_\_\_\_ Sàrl, le salaire présumable sans l'accident aurait été de 23 fr. 50 en 2006 et de 24 fr. en 2007, gratification ou treizième salaire de 8,33% en sus.

Le 11 mai 2007, l'Office fédéral des migrations (ODM [actuellement le Secrétariat d'Etat aux migrations]) a prononcé une décision d'interdiction d'entrée en Suisse à l'endroit de l'assuré, valable du 15 mai 2007 jusqu'au 14 mai 2010, pour infractions graves aux

prescriptions de police des étrangers et pour des motifs préventifs d'assistance publique.

A. \_\_\_\_\_ - agissant par le biais de son représentant à [...], après avoir été refoulé vers sa patrie - s'étant enquis de l'état de la procédure auprès de la CNA, cette dernière s'est adressée le 28 septembre 2007 à l'ODM expliquant qu'en raison de l'arrestation puis de l'expulsion de l'intéressé, l'examen médical nécessaire à la fixation de l'éventuel droit aux prestations d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'avait pas pu être effectué, qu'il lui était impossible de rendre une décision sans procéder à une expertise médicale et que, pour ces motifs, l'office en question était prié d'autoriser le retour temporaire en Suisse de l'assuré. Répondant le 5 octobre 2007, l'ODM a indiqué que l'intéressé avait quitté la Suisse pour rentrer dans son pays à l'issue de sa procédure d'asile et que son retour en territoire helvétique était dorénavant soumis aux prescriptions de police des étrangers ; ainsi, si l'assuré souhaitait à nouveau entrer en Suisse, il lui incombait d'agir auprès d'une représentation helvétique à l'étranger aux fins de solliciter un visa d'entrée.

**C.** Par correspondance rédigée le 15 juin 2009 depuis [...] (Kosovo) à l'attention de la CNA, l'assuré a expliqué que son état de santé psychique et physique s'était beaucoup dégradé et qu'il s'agissait là d'une conséquence de l'accident de travail dont il avait été victime en Suisse. En particulier, il a précisé qu'il avait « *grand mal dans le dos, dans [s]a jambe droite et à la tête et [que] ces maux [avaient] de grande influence à [s]on état psychique* ».

Selon un compte-rendu d'entretien téléphonique du 30 juin 2009 entre la CNA et l'avocat de l'assuré au Kosovo, la Caisse, interpellée quant à la possibilité d'un réexamen du droit aux prestations, a répondu qu'il lui fallait au moins un rapport détaillé et des radiographies récentes en provenance du médecin traitant au Kosovo, ceci toutefois sans aucune garantie de sa part.

Ayant contacté la CNA par téléphone le 25 octobre 2010, un cousin de l'assuré a exposé que l'état de santé de ce dernier s'était dégradé et que plusieurs consultations en milieu hospitalier avaient eu lieu sans succès. La Caisse a alors rappelé que des rapports médicaux et des radiographies étaient nécessaires pour pouvoir au moins rouvrir le dossier.

**D.** A teneur d'un compte-rendu relatif à un entretien téléphonique du 18 juin 2013 entre la CNA et un cousin de l'assuré, il est ressorti que celui-ci était de retour en Suisse depuis peu et avait de fortes douleurs liées, selon lui, à son accident du 18 juin 2013 [recte : 31 août 2005].

Le 25 juin 2013, s'étant personnellement rendu dans les locaux de la CNA, agence de [...], l'assuré - par le biais d'une connaissance intervenant en tant que traducteur - a précisé qu'il était de retour en Suisse parce qu'il ne pouvait pas travailler en raison de violentes douleurs dorsales qu'il attribuait à l'accident de 2005, étant souligné qu'il avait dernièrement bénéficié de deux consultations à la Policlinique O.\_\_\_\_\_.

Le 2 juillet 2013, la CNA a adressé au Centre hospitalier LL.\_\_\_\_\_ un « *certificat médical LAA pour rechute* ». Complétant ce questionnaire le 11 juillet 2013, la Dresse T.\_\_\_\_\_, de la Policlinique O.\_\_\_\_\_, a signalé des lombalgies chroniques avec syndrome radiculaire L4, exacerbées dans le contexte d'un status post spondylodèse sur fracture burst L4 en 2005.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ ayant considéré dans un formulaire complété le 19 juillet 2013 que le cas pouvait être admis en tant que rechute et qu'à cet égard la question du lien de causalité était « *en ordre* », la Caisse a fait savoir à l'assuré, le 22 juillet suivant, qu'elle prenait en charge les suites de l'accident professionnel du 31 août 2005 (indemnités journalières et soins médicaux). Ultérieurement, la CNA a informé l'assuré que l'indemnité journalière était fixée à 27 fr. 25 et serait versée dès le 1<sup>er</sup> juin 2013 (cf. communication du 11 septembre 2013).

En date du 5 septembre 2013, l'assuré a été examiné par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Du rapport y relatif établi le même jour, on extrait notamment ce qui suit :

### **"5. Appréciation**

[...]

Actuellement, le patient, qui ne parle pas le français et qui est venu avec un cousin, dit qu'il souffre passablement du dos. Il a des lombalgies basses en barre, variables d'un jour à l'autre, irradiant dans le MID jusqu'à la cheville, s'accompagnant d'un sentiment de faiblesse. Il arrive qu'il doive s'aider de deux cannes anglaises. Il signale également des cervicalgies occasionnelles.

Objectivement, la jonction dorsolombaire est effacée. Il n'y a pas d'autre trouble statique majeur. La percussion des apophyses épineuses semble très douloureuse sur tout le segment lombaire. La musculature paravertébrale est un peu tendue et sensible à la palpation bilatéralement à ce niveau. La mobilité rachidienne est globalement conservée mais la mobilisation est précautionneuse et les changements de position s'effectuent avec beaucoup de difficultés. En revanche, le patient peut rester assis longtemps sans aucune gêne apparente. La manoeuvre de Lasègue entraîne de vagues douleurs lombaires, plutôt à G. Les réflexes rotuliens sont vifs et symétriques. Les réflexes achilléens ne sont pas obtenus. La trophicité et la force musculaire sont conservées à tous les niveaux. Le patient décrit des troubles de la sensibilité dans le territoire de L4 à D. On note une certaine autolimitation et quelques signes de non organicité.

On propose au patient une remise en forme à la Clinique V.\_\_\_\_\_, où on actualisera le bilan radiologique et où on refera le point sur le plan neurologique.

Dans le cadre d'un bilan global, une évaluation psychiatrique pourrait également être mise en oeuvre ainsi qu'une observation aux ateliers professionnels.

Le patient est tout à fait d'accord de se rendre dans cet établissement.

Je le reverrai ensuite à l'agence en vue de clore le cas.

Si notre Service administratif veut considérer les troubles actuels comme une rechute et allouer une indemnité journalière, je n'y vois pas d'inconvénient, le patient ne pouvant plus à l'évidence travailler dans son activité antérieure."

Par rapport du 17 octobre 2013, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lombosciatalgies chroniques exacerbées sur status post

spondylodèse sur fracture burst L4 en 2005. Elle a émis un pronostic réservé « *selon trouvaille radiologique* ».

Un séjour à la Clinique V.\_\_\_\_\_ a été mis en œuvre du 29 octobre au 22 novembre 2013. Aux termes de leur rapport de synthèse du 9 décembre 2013, les Drs G.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante à la Clinique V.\_\_\_\_\_, ont notamment exposé ce qui suit :

#### **"DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles pour lombalgies et radiculopathies L4 droites chroniques***

#### **DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- ***Accident au travail le 31.08.2005 avec:***
  - ***Fracture burst-split L4 traitée par spondylodèse L3-L5 par USS le 31.08.2005***
  - ***Plaie profonde et déchirure du muscle trapèze droit, suturée le même jour***
  - ***Fracture de la deuxième côte droite***
- ***Diabète type II***
- ***Dyslipidémie***
- ***Antécédent d'une fracture du pied gauche en 1992***
- ***Antécédent d'une fracture du poignet gauche en 1998***

#### **APPRECIATION ET DISCUSSION**

A l'admission, M[.]A.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs lombaires prédominant à droite, s'étendant dans le membre inférieur droit sur un trajet prenant la face antérieure de la jambe jusqu'à la cheville, sans atteindre le pied. L'intensité des douleurs, décrites comme une brûlure, est estimée entre 5 et 7/10 sur l'EVA. Les douleurs sont augmentées au maintien de la position statique debout prolongée, dans les escaliers, au port de charges même petits selon le patient.

Les radiographies effectuées pendant le séjour retrouvent le status après spondylodèse L3-L5 pour une fracture de L4 consolidée avec une cunéiformisation de son corps vertébral et perte de hauteur d'environ 30 %, pincement postérieur en L5-S1, effacement de la lordose lombaire. Le matériel d'ostéosynthèse est en place, avec un bris de la tige gauche, sans signe d'instabilité sur les clichés dynamiques. L'interprétation de l'IRM lombo-sacrée du 15.11.2013 est limitée par des artéfacts métalliques. Le canal rachidien est large; les foramens L5-S1 sont rétrécis. Le scanner lombaire du 21.11.13 montre un status post spondylodèse L3-L5. On retrouve une tige brisée, sans retentissement sur l'arthrodèse postérieure. Il

y a un recul du mur postérieur de L4 connu, surtout au niveau paramédian droit, au contact de la racine de L4 droite.

L'évaluation psychiatrique ne retrouve pas de signes orientant vers une psychopathologie avérée. Le patient présente des inquiétudes quand à sa situation financières et quelques difficultés de sommeil. Il est conseillé également de revoir la médication antalgique à la baisse dans un mouvement de démedicalisation d'une situation à forte composante sociale.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Un ENMG est réalisé le 15.11.2013. L'examen électroclinique actuel relève encore des très légers signes d'une ancienne atteinte axonale de la racine L4 à droite, avec altération de la sensibilité tacto-algique dans les myotomes L3 et L4 et de légers signe d'une atteinte chronique dans 2 muscles tributaires de la racine L4 (vaste externe et tibial antérieur), en amélioration par rapport à l'examen de 2006.

Sur le plan internistique, le bilan biologique du 30.10.2013 retrouve une glycémie à jeun à 12.3 mmol avec une hémoglobine glyquée à 8 % (glycémie moyenne estimée des 3 derniers mois à 10.1 mmol). On retrouve également une hypercholestérolémie avec un cholestérol total à 7.49 mmol (norme inférieur : à 5), un HDL cholestérol à 0.93 (norme : supérieur à 1), un LDL cholestérol à 4.86 (norme : inférieur à 3), ainsi qu'une hypertriglycéridémie à 5.72 pour une norme inférieure à 2. Un traitement par Pravastatine est introduit pour l'hypercholestérolémie.

En ce qui concerne le diabète, le patient a été vu [par] une infirmière spécialisée en diabétologie qui lui a délivré un appareil de surveillance ainsi qu'un carnet à remplir. Elle conseille de faire des glycémies capillaires 2 à 3 fois par jour dans un premier temps jusqu'à un équilibre du diabète puis un contrôle par jour. Elle a pu donner des explications sur le diabète au patient avec la présence du traducteur. En raison de glycémies capillaires élevées (de 11 à 18 mmol/l) en début de séjour, le traitement de Metformin a été augmenté à 850 mg 2x/jour permettant une certaine diminution des glycémies, qui restent élevées (9 et 11 mmol/l). Le patient n'a pas présenté d'effets secondaires digestifs à la majoration du traitement par Metformin. Un passage à 1'000 mg 2x/jour pourra être envisagé d'ici quelques semaines si besoin. Si le traitement par Metformin seul est insuffisant, on pourra y adjoindre un médicament de type Daonil (les médicaments anti-diabétiques les plus récents étant beaucoup plus chers).

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels, tels que son statut précaire de réfugié et sa situation financière, influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, dont l'appréciation de ses propres aptitudes fonctionnelles est très bas[se] (score au PACT inférieur à un niveau d'activité sédentaire).

[...]

Sur le plan antalgique, le traitement d'Irfen a été mis en réserve selon douleurs durant le séjour (prise de 2 cp/semaine en moyenne pendant le séjour), alors que le Co-Dafalgan et la Gabapentine ont été laissés aux mêmes doses pour l'instant. Nous avons également arrêté la prescription de Stilnox sans que le patient signale de troubles du sommeil. Pendant le séjour, il n'a pas pris de Temesta qu'il avait en réserve auparavant.

Subjectivement, au terme du séjour, M. A.\_\_\_\_\_ décrit une amélioration des douleurs lombaires ainsi que la diminution des épisodes de lâchage du membre inférieur droit [...]. La participation du patient aux thérapies a été considérée comme bonne.

Aux ateliers professionnels, même si le patient a eu un comportement plutôt oppositionnel au départ de l'évaluation il a ensuite fait preuve d'une bonne implication. Dans des activités légères, en position debout, il a fait preuve d'une bonne dextérité manuelle, réalisant des objets en bois.

Hormis un comportement douloureux marqué lors de l'examen clinique et l'appréciation de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort très bas, aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : port de charges répétées supérieures à 10 kg, activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux ou en position statique debout ou assise.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Pour compléter le bilan, M. A.\_\_\_\_\_ sera vu à la consultation de neurochirurgie du Centre hospitalier LL.\_\_\_\_\_ le 12.12.2013 pour avis sur une éventuelle indication chirurgicale pour ce qui concerne le bris de la tige gauche de fixation.

L'incapacité de travail dans l'activité antérieure d'ouvrier dans la construction métallique est définitive. Dans une activité adaptée, respectant les limitations précitées, on peut s'attendre à ce qu'il ait une capacité de travail. Cependant les facteurs contextuels de précarité sociale et de limitation du droit de séjour en Suisse influencent défavorablement le retour au travail."

L'assuré a été vu une première fois le 12 décembre 2013 à la consultation ambulatoire du Service de neurochirurgie - Polyclinique du Centre hospitalier LL.\_\_\_\_\_ par les Drs C.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante auprès dudit service, lesquelles ont alors décidé d'organiser une nouvelle consultation le 30 janvier 2014 en présence d'un traducteur et après avoir pris connaissance des documents relatifs à l'intervention pratiquée en son

temps aux Hôpitaux X.\_\_\_\_\_ (cf. rapport des Dresses C.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2014). Lors de cette seconde consultation, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a expliqué à l'assuré qu'une chirurgie ne résoudrait très probablement pas ses douleurs lombaires quant au déficit de force au niveau du membre inférieure droit, s'agissant de quelque chose d'ancien avec actuellement une absence de douleur ; à ce jour, il n'y avait ainsi pas d'indication à une reprise chirurgicale (cf. rapport de la Dresse C.\_\_\_\_\_ du 5 mai 2014).

D'un entretien téléphonique avec le Service de l'immigration de [...] (Thurgovie) le 25 mars 2014, il est ressorti que l'assuré avait déposé une demande d'asile en septembre 2013 et que celle-ci avait été refusée, le renvoi de l'intéressé ayant toutefois été suspendu du fait qu'il se trouvait en traitement. Ultérieurement, le 31 mars 2014, le Contrôle des habitants de la commune de [...] a attesté qu'une demande de permis était en cours auprès du Service de la population du canton de Vaud. Dans le cadre d'un entretien avec un collaborateur de la CNA le 5 août 2014, l'assuré a indiqué ne pas avoir encore reçu de réponse quant à sa « *demande de permis pour pouvoir rester en Suisse* ».

Après avoir procédé à un examen médical final le 5 août 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a formulé les conclusions suivantes dans un rapport établi le jour même :

#### **"5. Appréciation**

[...]

Actuellement, le patient dit qu'il n'y a pas d'évolution. Il a toujours passablement de lombalgies, variables d'un jour à l'autre, parfois très pénibles, qui l'obligent à prendre des médicaments. En revanche, il semble qu'il y a moins de douleur dans la jambe D, laquelle se bloque parfois aux changements de temps.

Objectivement, la lordose lombaire est complètement effacée. Toute la région lombaire est sensible à la palpation avec une cellulalgie diffuse et une musculature bilatéralement tendue à ce niveau. La mobilité rachidienne est relativement conservée mais la mobilisation est appréhendée et les changements de position s'effectuent toujours avec beaucoup de difficultés. La manoeuvre de Lasègue est négative. Le réflexe rotulien D est un peu moins vif que le G. Les réflexes achilléens ne sont pas obtenus. La trophicité et la force

musculaire sont conservées à tous les niveaux. Le patient décrit une hypoesthésie à la face interne du genou D, se prolongeant à la face interne de la jambe D.

Les RX de la colonne lombaire du 31.10.2013 montrent un status après spondylodèse L3-L5. La fracture de L4 est consolidée avec une importante cunéiformisation. On note un pincement postérieur L5-S1 et une perte de la lordose lombaire. La tige G est cassée mais il n'y a pas d'instabilité sur les clichés dynamiques.

Du point de vue thérapeutique, on s'accorde pour dire qu'il n'y a rien à entreprendre.

Les antalgiques et la Gabapentine® restent à la charge de la Suva.

Les limitations fonctionnelles ont été décrites lors du séjour à la Clinique V.\_\_\_\_\_.

Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail est entière.

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 15% peut être retenu, en présence de douleurs minimales permanentes même au repos, accentuées par les efforts (++) , dans le cadre d'un status après spondylodèse L3-L5.

Une augmentation de 5% est justifiée en raison de la radiculopathie L4 D séquellaire.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 20%."

Aux termes d'un courrier du 6 août 2014, la CNA a communiqué à l'assuré que, l'examen médical récemment subi ayant révélé qu'un traitement n'était plus nécessaire, il était par conséquent mis fin au paiement des soins médicaux ainsi que de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2014 au soir. La Caisse s'est néanmoins engagée à prendre en charge un à deux contrôles médicaux par année ainsi que les antalgiques et la Gabapentine sous prescription médicale. Elle a précisé que l'examen du droit à d'autres prestations d'assurance était en cours.

A la requête de la Caisse, l'entreprise J.\_\_\_\_\_ Sàrl a indiqué, le 14 août 2014, que le salaire présumable de l'assuré sans l'accident se serait élevé à 24 fr. 50 en 2013 comme en 2014, ce à quoi se serait ajoutée une part de 8,33% à titre de gratification ou treizième salaire, sur la base d'un horaire de travail de 41,50 heures.

En date du 20 août 2014, la CNA a listé soixante-neuf descriptions de postes de travail (DPT) et en a sélectionné cinq. Il s'agissait de trois postes de collaborateur de production (DPT n° [...] : salaire moyen 53'300 fr., salaire minimum 53'300 fr., salaire maximum 53'300 fr. ; DPT n° [...] : salaire moyen 58'247 fr., salaire minimum 52'050 fr., salaire maximum 64'443 fr. ; DPT n° [...] : salaire moyen 58'825 fr., salaire minimum 53'365 fr., salaire maximum 64'285 fr.), d'un poste d'aide-magasinier (DPT n° [...] : salaire moyen 52'188 fr., salaire minimum 50'625 fr., salaire maximum 53'750 fr.) et d'un poste d'employé de nettoyage (DPT n° [...] : salaire moyen 62'060 fr., salaire minimum 52'537 fr., salaire maximum 71'582 fr.), cette sélection mettant en évidence un salaire moyen de 56'924 francs.

Par décision du 16 septembre 2014, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une IPAI de 21'360 fr. compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 20% en lien avec l'accident du 31 août 2005, sur la base d'un gain annuel de 106'800 francs. Elle a en revanche considéré, au regard des renseignements à disposition, que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante et que les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient dès lors pas remplies.

L'assuré s'est opposé à cette décision en date du 16 octobre 2014. Il a complété sa motivation le 24 octobre 2014, sous la plume de son conseil, contestant le refus de rente signifié par la CNA. Sur le plan formel, il a invoqué une violation du droit d'être entendu, singulièrement un défaut de motivation de la décision contestée, celle-ci n'exposant pas en quoi les conditions du droit à la rente n'étaient pas réalisées. Sur le fond, il a fait valoir qu'il était âgé de 45 ans, n'avait pas de formation, maîtrisait mal le français, était soumis à des restrictions de travail strictes liées à son handicap et n'avait pas de permis de séjour valable, aspects qui - de l'avis des médecins - rendaient difficile, voire impossible, sa réintégration sur le marché du travail actuel qui n'était plus équilibré. Dans ces conditions, il a soutenu qu'il présentait un degré d'invalidité d'au moins 10% et que le droit à la rente était par conséquent ouvert. L'assuré

a en outre estimé que son dossier n'avait pas été suffisamment instruit, la CNA s'étant contentée de suivre le Dr Q.\_\_\_\_\_ pour retenir que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations, sans analyser les éléments contextuels susceptible de rendre un tel constat applicable en pratique.

Par décision sur opposition du 3 novembre 2014, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 16 septembre 2014. Elle a tout d'abord considéré que le point de savoir si la décision querellée remplissait les exigences formelles nécessaires pouvait rester indécis dès lors que l'intéressé - représenté par un mandataire professionnel - avait pu prendre connaissance du dossier et discerner les motifs du refus de rente, étant relevé que l'annulation de la décision constituerait en outre un formalisme excessif dans la mesure où il n'y avait pas lieu à d'autres mesures d'instruction. Sous l'angle matériel, la CNA a estimé que les conclusions des spécialistes de la Clinique V.\_\_\_\_\_, entérinées par le médecin d'arrondissement, devaient se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle a ajouté que l'on ne pouvait en outre s'arrêter sur la situation sociale difficile de l'assuré ni sur ses lacunes de français, et que la notion de marché équilibré du travail ne dépendait pas de savoir comment se présentait effectivement le marché de l'emploi mais qu'il s'agissait bien plutôt de considérer, lors de la fixation du taux d'invalidité, le marché du travail dans son acception théorique impliquant qu'il existe une demande de main d'œuvre à laquelle l'assuré pourrait encore correspondre malgré les séquelles traumatiques. Concernant plus particulièrement l'évaluation du préjudice économique, la Caisse a exposé qu'un gain d'invalidité de 56'924 fr. avait été retenu sur la base des données salariales résultant des DPT et que ce montant ne prêtait pas le flanc à la critique, dès lors que les DPT choisies étaient adaptées au handicap de l'assuré et avaient dûment été versées au dossier. Cela étant, la comparaison entre le revenu présumable sans invalidité de 57'275 fr. 15 et le revenu exigible faisant apparaître une perte de 0,61%, c'était à juste titre que la Caisse avait refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

**E.** A.\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Jeton Kryeziu, a recouru le 4 décembre 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme et au versement de prestations d'assurance-invalidité [sic] – en particulier d'une rente entière, intérêts à 5% l'an en sus – à compter du 1<sup>er</sup> juin 2013, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il sollicite préalablement le bénéfice de l'assistance judiciaire et, à titre de mesures d'instruction, requiert la mise en œuvre d'examens complémentaires en particulier du point de vue psychiatrique. Sur le fond, le recourant critique tout d'abord le fait que le cas ait été analysé sous l'angle d'une rechute, alors qu'il est en réalité fort probable que son état de santé et sa capacité de gain ne se soient jamais améliorés depuis le jour de l'accident, étant relevé qu'il signalait en 2010 des douleurs et séquelles issues de l'accident du 31 août 2005. Par ailleurs, l'assuré conteste être en mesure d'exercer une activité lucrative même adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par l'intimée, se prévalant plus particulièrement de troubles psychiatriques qui n'auraient pas été pris en considération. Sous l'angle économique, il soutient d'une part que son taux d'invalidité aurait dû être arrêté sur la base du gain assuré de 106'800 fr. pris en compte pour la fixation de l'IPAI. D'autre part, il estime ne pas être en mesure de réaliser le gain d'invalidité de 56'924 fr. retenu par la CNA. Il souligne par ailleurs que la comparaison entre les montants de 106'800 fr. et 56'924 fr. susmentionnés met en évidence un taux d'invalidité d'au moins 53%.

Annexé à ce recours figure un onglet de pièces se rapportant essentiellement à l'instruction menée par la CNA. Dans la suite de la procédure, le recourant a encore produit de nouvelles pièces, dont les documents suivants :

- une attestation médicale établie le 3 décembre 2014 par le Dr K.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Centre de médecine générale de la Polyclinique O.\_\_\_\_\_, libellée comme suit :

"Madame, Monsieur,

Nous attestons que Monsieur A. \_\_\_\_\_, né le [...]1969, est suivi au Centre de médecine générale de la Polyclinique O. \_\_\_\_\_ depuis juillet 2013. Son médecin traitant actuel est la Dresse P. \_\_\_\_\_.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ souffre de lombosciatalgies chroniques avec une atteinte neurogène L4 droite suite à un accident de chantier en août 2005 ayant entraîné une fracture de la vertèbre L4 traitée par spondylodèse de L3 à L5. Les douleurs nécessitent une importante médication antalgique et de la physiothérapie. Malgré ce traitement, Monsieur A. \_\_\_\_\_ est fortement gêné dans les activités de la vie quotidienne ainsi que dans son sommeil. Nous estimons que le patient présente une incapacité de travail complète permanente, le pronostic d'amélioration à long terme étant mauvais, raison pour laquelle nous sommes surpris de la décision de suspension de l'indemnité octroyée jusqu'à présent par la SUVA.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ est aussi connu pour un diabète de type 2 non insulino-requérant qui était bien contrôlé jusqu'à récemment. A noter que dans le contexte financier devenu plus difficile suite à la suspension de cette indemnité, le patient a dû modifier son alimentation, ce qui se répercute négativement sur l'équilibre glycémique.

Nous espérons que ces quelques lignes pourront vous éclairer sur la situation actuelle de notre patient."

- une nouvelle attestation médicale du 5 décembre 2014 émanant des Drs K. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, médecin assistante au Centre de médecine générale de la Polyclinique O. \_\_\_\_\_, attestation dont la teneur est essentiellement identique à celle établie deux jours plus tôt par le Dr K. \_\_\_\_\_ ;

- une attestation rédigée toujours le 5 décembre 2014 par les Drs R. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et médecin assistante à la Consultation de psychiatrie de liaison de la Polyclinique O. \_\_\_\_\_, certifiant ce qui suit :

"Les médecins soussignés attestent que M. A. \_\_\_\_\_ est suivi à la consultation psychiatrique de la Polyclinique O. \_\_\_\_\_ depuis juillet 2014, adressé par son médecin traitant, le Dr W. \_\_\_\_\_ pour un état anxieux et dépressif et la persistance de douleurs invalidantes.

L'état psychique actuel fluctue entre un épisode dépressif moyen et sévère (tristesse, anxiété, idées noires fluctuantes, ruminations, troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur). [L'assuré] bénéficie d'entretiens psychiatriques et d'un traitement

médicamenteux. Sur la base de son état clinique, l'incapacité de travail est estimée à 100%."

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, en a proposé le rejet par réponse du 15 janvier 2015. Elle estime pour l'essentiel que les griefs du recourant à l'encontre de la décision sur opposition du 3 novembre 2014 ne sont pas fondés. Elle relève en particulier que le gain d'invalidé de 56'924 fr. est critiqué de manière toute générale, alors qu'il a pourtant été établi sur la base des DPT, dans le respect des limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la Clinique V.\_\_\_\_\_ et confirmées par le médecin d'arrondissement. Elle ajoute que le gain sans invalidité a été arrêté après enquête auprès du dernier employeur et qu'il n'y a pas lieu dans ce contexte de tenir compte du gain assuré de 106'800 fr. retenu pour la fixation de l'IPAI. La CNA estime enfin que la cause a été suffisamment instruite, l'assuré ayant notamment fait l'objet de bilans complets lors de ses deux séjours à la Clinique V.\_\_\_\_\_, dont des évaluations psychiatriques n'ayant révélé aucune pathologie.

En date du 19 janvier 2015, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 4 décembre 2014 et désigné son mandataire, Me Jeton Kryeziu, en tant qu'avocat d'office.

Le 11 novembre 2015, le recourant a réitéré la requête en complément d'instruction figurant dans son acte de recours et a produit un rapport médical établi le 8 octobre 2015 par les Drs NN.\_\_\_\_\_ et OO.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante à la Consultation de psychiatrie de liaison de la Policlinique O.\_\_\_\_\_, dont il résulte notamment ce qui suit :

**"Discussion :**

Au vu des éléments anamnestiques, nous avons retenu le diagnostic d'un épisode dépressif moyen, sans symptômes somatiques. Nous avons aussi noté des traits de personnalité émotionnellement labile, type borderline, comme l'instabilité de l'humeur, les difficultés relationnelles et la perturbation de l'image de soi, cependant, nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour retenir un tel diagnostic. Un traitement médical par anxiolytique, Tranxilium® 10 mg/jour, a

été prescrit dans un premier temps, suivi de l'introduction d'un antidépresseur (Remeron® 15 mg/jour). Un suivi psychothérapeutique bimensuel est également mis en place, ainsi qu'un suivi social soutenu.

L'état du patient reste fluctuant en lien avec des difficultés sociales et financières. A partir du 1<sup>er</sup> Novembre 2014, il ne reçoit plus les indemnités journalières de la SUVA qui a accepté de lui verser une indemnité de CHF 20'000.-, pour atteinte à l'intégrité corporelle, toutefois, sans lui octroyer une rente. Depuis cette période, son état psychique s'est péjoré, le patient présentant une exacerbation des symptômes dépressifs et des idées suicidaires. La situation sociale du patient est suivie par notre assistante sociale, Madame [...] et Monsieur [...], assistant social à [...].

Vu les limitations physiques et psychologiques importantes, nous estimons qu'une reprise d'une activité professionnelle reste très difficile et le rendement que Monsieur A. \_\_\_\_\_ peut donner est très limité.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ a besoin de continuer le suivi psychiatrique-psychothérapeutique qui lui permet d'exprimer sa souffrance, de soigner les symptômes anxio-dépressifs, de le soutenir dans ses démarches sociales et personnelles, ainsi que de diminuer le risque d'un éventuel passage à l'acte auto-agressif. La situation médicale et sociale de Monsieur A. \_\_\_\_\_ nécessite un suivi multidisciplinaire par notre équipe de la Polyclinique O. \_\_\_\_\_, avec l'organisation de plusieurs réseaux de soins, pour une prise en charge bio-psycho-sociale optimale."

## **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 (cf. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61

let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, est seul litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Plus précisément, dans le cadre de la présente procédure judiciaire, le recourant n'invoque que des griefs matériels portant, d'une part, sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail et, d'autre part, sur la détermination de son préjudice économique.

Pour ce qui a en revanche trait à l'IPAI, les parties s'accordent à admettre que ni le degré de l'atteinte à l'intégrité, ni le montant alloué à ce titre ne sont litigieux.

**3. 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. En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable,

soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (cf. art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (cf. ATF 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2c ; cf. TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 ; cf. également, en matière d'assurance-militaire, TF 8C\_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2).

**b)** Dès lors que le recourant critique la manière dont la CNA a appréhendé son cas suite à son retour en Suisse en 2013 (cf. mémoire de recours du 4 décembre 2014 p. 5), les remarques suivantes s'imposent.

Il est constant que le recourant a été victime d'un accident de chantier le 31 août 2005. Admettant que sa responsabilité était engagée du fait de cet événement, la CNA a dans un premier temps versé des indemnités journalières et pris en charge les frais de traitement. Puis, le 24 avril 2007, la Caisse a informé l'assuré qu'elle considérait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident, qu'elle mettait par conséquent fin au paiement des prestations susdites avec effet au 31 mai 2007, mais que l'éventuel droit à d'autres prestations d'assurance – en particulier une rente d'invalidité – était en cours d'examen. L'intimée n'a toutefois pas été en mesure de conclure cet examen en raison de la détention puis de l'expulsion du recourant hors du territoire helvétique, ayant à cet égard vainement cherché à obtenir que l'intéressé soit

autorisé à revenir temporairement en Suisse. En ce sens, le cas du recourant n'a certes pas pu être formellement clôturé à cette époque.

Il n'en demeure pas moins que le dossier ne contient aucun document concret (rapport médical, compte-rendu d'examen radiologique) attestant de l'état de santé du recourant et en particulier d'une incapacité de travail pour la période écoulée entre son refoulement au Kosovo en 2007 et son retour en Suisse en 2013. La simple évocation de problèmes médicaux lors des différentes prises de contact (téléphoniques ou épistolaires) avec la CNA intervenues au cours de cette même période n'y vient rien changer, cela d'autant moins que, lors des entretiens téléphoniques des 30 juin 2009 et 25 octobre 2010 avec respectivement l'avocat puis un cousin de l'intéressé, la Caisse a expressément indiqué les démarches à effectuer en vue de permettre la réouverture du dossier, explications auxquelles aucune suite n'a pourtant été donnée. Dans ces conditions, en l'absence de tout renseignement médical probant sur un intervalle de six ans, c'est à juste titre que, lorsqu'elle s'est à nouveau saisie du cas de l'assuré en 2013, l'intimée - et, avec elle, son médecin d'arrondissement le Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf. formulaire du 19 juillet 2013 et rapport d'examen du 5 septembre 2013 p. 5) - a analysé l'affaire sous l'angle d'une rechute de l'accident du 31 août 2005 au sens de l'art. 11 OLAA (cf. consid. 3a supra), soit comme la récurrence d'une atteinte présumée guérie et ayant entraîné un traitement médical ou une (nouvelle) incapacité de travail (cf. TF 8C\_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2). L'appréciation de la CNA n'est du reste pas sérieusement mise en doute par le recourant, qui se limite à s'interroger sur cette qualification et à donner sa propre interprétation des faits sans amorcer d'argumentation juridique pertinente (cf. mémoire de recours du 4 décembre 2014 p. 5) ; on relèvera au demeurant que l'assuré n'a émis aucun grief sur le sujet jusqu'à la présente procédure de recours. Au regard de l'ensemble de ces circonstances, il y a donc lieu de s'en tenir à l'analyse de la situation faite par l'intimée.

Cela précisé, il convient donc de focaliser l'examen de la Cour de céans sur la question de savoir si le recourant peut ou non prétendre à

une rente d'invalidité de l'assurance-accidents du fait de la rechute enregistrée en 2013.

**4. 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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA).

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)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références citées ; cf. TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance

sociale (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.3 et 129 V 177 consid. 3.1 avec les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). 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, non par des experts médicaux (cf. ATF 107 V 173 consid. 4b ; cf. TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

Si, en matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 6a ; cf. TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine et 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine avec les références), il en va toutefois différemment en matière de troubles psychiques. En particulier, pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants, sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; la gravité ou la nature

particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; la durée anormalement longue du traitement médical ; les douleurs physiques persistantes ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa ; cf. TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.2 et 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.1 avec les références citées ; cf. également Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2007, n<sup>os</sup> 89 ss pp. 868 ss).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient

dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; cf. TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

**5.** En l'occurrence, il est admis qu'eu égard aux séquelles somatiques causées par l'accident du 31 août 2005, le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité antérieure d'ouvrier de la construction métallique. Se fondant sur l'appréciation des spécialistes de la Clinique V.\_\_\_\_\_ et sur l'avis de son médecin d'arrondissement le Dr Q.\_\_\_\_\_, l'intimée retient néanmoins que l'assuré conserve une pleine

capacité de travail dans une activité adaptée, ce que l'intéressé réfute en se prévalant essentiellement d'attestations établies par ses médecins traitants.

**a)** Sur le plan physique, il est constant que l'accident de chantier dont le recourant a été victime le 31 août 2005 a entraîné une fracture burst-split L4 traitée par spondylodèse L3-L5 le jour même, une plaie profonde avec déchirure du muscle trapèze droit suturée dans la journée également, ainsi qu'une fracture de la deuxième côte droite. L'atteinte lombaire a ensuite évolué vers des lombalgies et une radiculopathie L4 droite (cf. rapports de l'Hôpital de B.\_\_\_\_\_ des 18 novembre 2005 [Dresse GG.\_\_\_\_\_] et 23 novembre 2005 [Drs EE.\_\_\_\_\_, FF.\_\_\_\_\_ et GG.\_\_\_\_\_]; cf. rapports de la Dresse M.\_\_\_\_\_ des 13 décembre 2005, 5 juillet 2006, 31 août 2006 et 1<sup>er</sup> février 2007 ; cf. rapport de synthèse des Drs AA.\_\_\_\_\_ et BB.\_\_\_\_\_ de la Clinique V.\_\_\_\_\_ du 17 mars 2006 ; cf. rapports du Dr E.\_\_\_\_\_ des 20 novembre 2006 et 18 décembre 2006 ; cf. rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2006).

**aa)** A l'issue du séjour effectué par l'assuré à la Clinique V.\_\_\_\_\_ du 29 octobre au 22 novembre 2013, les spécialistes de cet établissement ont retenu que la situation était stabilisée du point de vue médical et n'ont posé aucun nouveau diagnostic. Au niveau radiologique, les examens effectués ont retrouvé le status après spondylodèse L3-L5 pour une fracture de L4 consolidée avec une cunéiformisation du corps vertébral et perte de hauteur d'environ 30%, un pincement postérieur en L5-S1 avec des foramens rétrécis, ainsi qu'un effacement de la lordose lombaire. Il est en outre apparu que le matériel d'ostéosynthèse était en place, avec un bris de la tige gauche sans signe d'instabilité sur les clichés dynamiques, respectivement sans retentissement sur l'arthrodèse postérieure. On constatait par ailleurs un recul du mur postérieur de L4, déjà connu. Sur le plan neurologique, l'examen a mis en évidence la persistance de très légers signes d'une atteinte axonale de la racine de L4 à droite, en amélioration par rapport à l'examen de 2006. Cela étant, les médecins de la Clinique V.\_\_\_\_\_ ont estimé que les plaintes (soit

essentiellement des douleurs lombaires s'étendant à la jambe droite) et les limitations fonctionnelles (pas de port de charges répété au-delà de 10 kg et pas d'activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux ou en position statique debout ou assise) s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Ils ont considéré que l'incapacité de travail dans l'activité antérieure d'ouvrier de la construction était définitive mais que, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites, on pouvait s'attendre à ce que l'assuré dispose d'une capacité de travail, étant précisé que les facteurs contextuels de précarité sociale et de limitation du droit de séjour en Suisse influençaient défavorablement le retour au travail (cf. rapport de synthèse des Drs G. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2013 pp. 3 et 4).

Les médecins de la Clinique V. \_\_\_\_\_ ont par ailleurs adressé le recourant à la consultation de neurochirurgie du Centre hospitalier LL. \_\_\_\_\_, pour avis quant à une éventuelle indication chirurgicale concernant le bris de la tige gauche de fixation du matériel d'ostéosynthèse. C'est ainsi que l'intéressé a été vu à deux reprises par des neurochirurgiens de ce service, lesquels ont nié toute indication à une reprise chirurgicale au motif qu'une intervention ne résoudrait très probablement pas les douleurs lombaires quant au déficit de force au niveau du membre inférieur droit, s'agissant de quelque chose d'ancien avec actuellement une absence de douleur (cf. rapport de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 5 mai 2014).

Quant au Dr Q. \_\_\_\_\_, après avoir initialement préconisé un séjour à la Clinique V. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'examen du 5 septembre 2013), il a par la suite essentiellement repris les conclusions des médecins de cet établissement et a notamment retenu que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par ces derniers, la capacité de travail était entière (cf. rapport d'examen du 5 août 2014).

En résumé, les avis médicaux susmentionnés plaident en faveur d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée. On

retiendra plus spécifiquement que les spécialistes de la Clinique V.\_\_\_\_\_ ont admis l'existence d'une aptitude au travail dans un poste respectant des limitations fonctionnelles d'épargne du dos somme toute classiques, que l'indication à une reprise chirurgicale a été niée par les neurochirurgiens du Centre hospitalier LL.\_\_\_\_\_ et que, procédant à un examen final de la situation, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a confirmé la pleine exigibilité d'une activité adaptée aux restrictions physiques mises en évidence à l'issue du séjour de l'assuré à la Clinique V.\_\_\_\_\_. En particulier, pour les spécialistes de ladite clinique, seuls des paramètres contextuels (précarité financière et administrative) font obstacle à un retour au travail, paramètres qui s'avèrent par conséquent indépendants de tout accident - étant souligné au surplus que le droit des assurances sociales, en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité, s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; cf. TF 9C\_837/2011 & 9C\_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 et TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1 [in SVR 2010 IV 58 p. 177]).

**bb)** Cela étant, rien dans les constats établis par les médecins traitants du recourant ne vient sérieusement mettre en doute l'évaluation qui précède.

Notamment, dans ses rapports des 11 juillet et 17 octobre 2013, la Dresse T.\_\_\_\_\_ s'est contentée de rappeler la présence de troubles lombaires sans signaler d'éléments significatifs qui auraient échappé aux médecins de la Clinique V.\_\_\_\_\_ ou au Dr Q.\_\_\_\_\_. On ne saurait au surplus s'arrêter sur le fait que cette praticienne ait évasivement réservé une éventuelle « *trouvaille radiologique* », les spécialistes de la Clinique V.\_\_\_\_\_ s'étant prononcés sur la base d'un examen radiologique minutieux dressant un tableau détaillé de la situation sur le plan lombaire (radiographies de la colonne lombaire du 31 octobre 2013, radiographies de la colonne lombaire en flexion extension du 13 novembre 2013, IRM lombaire du 15 novembre 2013 et scanner lombaire

du 21 novembre 2013 [cf. rapport de synthèse des Drs G.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2013 p. 3]).

Quant aux attestations médicales du Centre de médecine générale de la Polyclinique O.\_\_\_\_\_ des 3 décembre 2014 (Dr K.\_\_\_\_\_) et 5 décembre 2014 (Drs K.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_), à la teneur essentiellement superposable, elles ne sont d'aucun secours au recourant. Sur le plan lombaire, ces certificats se limitent à synthétiser la situation de l'assuré et à en déduire une incapacité de travail complète permanente, sans avancer le moindre élément susceptible d'étayer concrètement et objectivement un tel point de vue. En d'autres termes, l'avis des médecins de la Polyclinique O.\_\_\_\_\_, s'il diffère de l'appréciation défendue par les spécialistes de la Clinique V.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_, repose sur une motivation insatisfaisante et ne met en exergue aucun élément significatif que ces derniers auraient ignoré. Il ne saurait donc emporter la conviction sur ce plan. Les attestations précitées évoquent par ailleurs une évolution du point de vue du diabète dont souffre le recourant, signalant que cette pathologie était bien contrôlée « *jusqu'à récemment* » mais qu'une modification du régime alimentaire de l'intéressé - induite par une situation financière difficile, en lien avec l'arrêt des indemnités versées par la CNA - s'est répercutée de manière négative sur l'équilibre glycémique. A supposer que le diabète puisse effectivement être considéré comme une suite de l'accident du 31 août 2005 (s'agissant d'un diabète cortico-induit [cf. rapport de synthèse des Drs AA.\_\_\_\_\_ et BB.\_\_\_\_\_ de la Clinique V.\_\_\_\_\_ du 17 mars 2006 p. 4]), il n'en reste pas moins qu'en l'état du dossier, aucun indice sérieux ne tend à démontrer que cette affection serait susceptible de revêtir la moindre influence sur la capacité de travail du recourant, la simple référence à un récent déséquilibre glycémique - dont on ignore l'importance et dont rien n'indique qu'il pourrait s'inscrire sur la durée - n'étant à cet égard de loin pas suffisante. Par surabondance, on rappellera encore à ce propos que le traitement médicamenteux de l'assuré a été discuté et adapté dans le cadre de son séjour à la Clinique V.\_\_\_\_\_ en automne 2013 et que, dans ce même contexte, l'intéressé a été vu par une infirmière spécialisée en diabétologie qui lui a remis des moyens de contrôle (appareil de

surveillance, carnet à remplir) et lui a fourni diverses explications en présence d'un traducteur (cf. rapport de synthèse des Drs G. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2013 p. 3 s.), le recourant conservant au surplus la faculté, en cas de besoin, de solliciter à un nouveau des conseils spécialisés notamment en présence de difficultés à observer un régime alimentaire compatible avec sa maladie. Pour ces différents motifs, on ne voit donc pas en quoi cet aspect serait susceptible de mettre à mal les conclusions des médecins de la Clinique V. \_\_\_\_\_ et du Dr Q. \_\_\_\_\_.

**cc)** A cela s'ajoute que tant le rapport de synthèse des Drs G. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2013 que le rapport d'examen du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 5 août 2014 exposent clairement la situation sous l'angle somatique et en tirent des conclusions bien motivées et convaincantes. Il y a donc lieu de considérer que ces rapports satisfont aux exigences requises en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra).

Sur la base de ces appréciations médicales, il convient par conséquent de retenir que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

**b)** Le recourant invoque en outre des troubles psychiatriques.

**aa)** Sous cet angle, il importe de rappeler que, dans les suites de l'accident du 31 août 2005, aucun diagnostic psychique susceptible de se répercuter significativement sur la capacité de travail de l'assuré n'a été posé.

L'absence d'atteinte psychiatrique a notamment été reconnue à l'issue d'un consilium psychiatrique effectué à la Clinique V. \_\_\_\_\_ au début de l'année 2006 (cf. rapport de synthèse des Drs AA. \_\_\_\_\_ et BB. \_\_\_\_\_ du 17 mars 2006 p. 4).

Lors du séjour de l'assuré à la Clinique V. \_\_\_\_\_ entre octobre et novembre 2013, une nouvelle évaluation psychiatrique a été effectuée, qui n'a pas davantage trouvé de signes orientant vers une

psychopathologie avérée. Tout au plus a-t-il été constaté que le patient présentait des inquiétudes quant à sa situation financière et quelques difficultés de sommeil. Pour le surplus, il a été préconisé de revoir la médication antalgique à la baisse dans un mouvement de démedicalisation d'une situation à forte composante sociale (cf. rapport de synthèse des Drs G. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2013 p. 3). Dans le cadre de la procédure administrative, aucun autre avis médical se prononçant sur l'état de santé psychique de l'assuré n'a été produit.

Cela étant, il appert que lorsque l'intimée a rendu la décision litigieuse en date du 3 novembre 2014, elle pouvait à juste titre exclure toute pathologie psychiatrique consécutive à l'événement du 31 août 2005 et susceptible de revêtir un quelconque impact sur la capacité de travail de l'assuré.

**bb)** Dans le cadre de la présente procédure judiciaire, le recourant a versé en cause une attestation des Drs R. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ du 5 décembre 2014. Cette attestation, qui est certes postérieure à la décision entreprise, signale néanmoins un suivi psychiatrique - composé d'entretiens et d'un traitement médicamenteux - remontant au mois de juillet 2014. Il y est fait mention d'un état anxieux et dépressif avec persistance de douleurs invalidantes, l'état psychique actuel fluctuant entre un épisode dépressif moyen et sévère (avec tristesse, anxiété, idées noies fluctuantes, ruminations, troubles du sommeil et ralentissement psychomoteur). Les Drs R. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ évaluent en outre l'incapacité de travail à 100% au regard de l'état clinique. Dans leur rapport du 8 octobre 2015, les Drs NN. \_\_\_\_\_ et OO. \_\_\_\_\_ font toujours état d'un épisode dépressif moyen et d'idées suicidaires.

On peut tout d'abord s'étonner que l'assuré n'ait pas annoncé la mise en œuvre d'une prise en charge psychiatrique lors de l'examen réalisé le 5 août 2014 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, et qu'il se soit également abstenu de soulever un quelconque moyen en lien avec ce suivi dans le cadre de son opposition du 16 octobre 2014, complétée le 24 octobre suivant. Quoi qu'il en soit, il reste que l'attestation du 5 décembre 2014 et

le rapport du 8 octobre 2015 sont par trop laconiques pour pouvoir emporter la conviction de la Cour de céans. De fait, ces documents ne contiennent pas de description clinique détaillée ni de réelle discussion médicale. On y trouve tout au plus une énumération de différents symptômes dont les Drs R.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ et après eux NN.\_\_\_\_\_ et OO.\_\_\_\_\_ infèrent l'existence d'un épisode dépressif moyen à sévère. Or, la simple évocation d'une symptomatologie ne permet pas à elle seule de conclure à l'existence d'un trouble psychique (et, à plus forte raison, d'un trouble psychique à caractère invalidant) : il convient encore de vérifier concrètement lesdits symptômes en les intégrant à une appréciation médicale objective, fondée sur une approche scientifique - ce que les médecins précités se sont abstenus de faire. De même, ces derniers ne développent aucune motivation à l'appui de l'entière incapacité de travail retenue, se contentant de renvoyer évasivement à l'état clinique du recourant. Aussi, en l'absence d'un avis médical fiable, l'existence d'une atteinte psychiatrique invalidante ne saurait être considérée comme vraisemblable.

En tout état de cause, même dans l'hypothèse où l'on devrait admettre l'existence d'une telle atteinte, il s'imposerait malgré tout de nier son origine accidentelle. D'une part, il convient de relever que les médecins précités n'ont en aucun cas rattaché les troubles évoqués à l'accident du 31 août 2005, ce qui plaide déjà à l'encontre d'un lien de causalité naturelle. D'autre part, la réalisation des critères relatifs à la causalité adéquate ne pourrait de toute manière qu'être réfutée sur le vu des spécificités de la présente affaire. En effet, dans le cas particulier, l'étude du dossier montre que l'accident - dont la gravité ne saurait en tous les cas excéder un niveau moyen - n'était pas particulièrement dramatique ou impressionnant dans le cadre d'une activité sur un chantier de construction. A cela s'ajoute que des lésions consistant en une fracture burst-split L4, une plaie profonde avec déchirure musculaire du trapèze et une fracture de la deuxième côte droite ne sauraient être qualifiées de graves et encore moins de nature particulière. Le traitement médical, lequel a consisté dès la fin de l'hospitalisation en un traitement antalgique et conservateur, n'a présenté ni pénibilité, ni particularité, ni erreurs. Il

n'est survenu aucune difficulté en cours de guérison, ni de complications importantes. Les douleurs alléguées n'apparaissent pas particulièrement intenses et n'ont, notamment, pas empêché l'assuré de participer de manière satisfaisante aux stages professionnels mis en œuvre à la Clinique V.\_\_\_\_\_ (cf. rapport de synthèse des Drs G.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2013 p. 4), l'évaluation que fait le recourant de l'intensité de ses douleurs de même que son appréciation négative de ses aptitudes fonctionnelles ne pouvant ici être prises en considération s'agissant d'éléments purement subjectifs ; du reste, les affections somatiques de l'intéressé restent compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps (cf. consid. 5a supra ; cf. TF 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.6). On ne peut en outre pas parler d'une longue incapacité de travail imputable aux lésions physiques, dans la mesure où le dossier ne contient aucun élément de preuve concret sur le sujet entre l'incarcération puis l'expulsion du recourant en 2007 et son retour en territoire helvétique en 2013 et que, depuis lors, l'absence de statut légal en Suisse (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique avec le Service de l'immigration de [...] du 25 mars 2014 ; cf. attestation du Contrôle des habitants de la commune de [...] du 31 mars 2014 ; cf. procès-verbal d'entretien avec la CNA le 5 août 2014 ; cf. opposition du 24 octobre 2014 p. 3) a quoi qu'il en soit constitué un obstacle dirimant à la reprise d'une activité professionnelle ; en tous les cas, au regard de ces circonstances particulières, la réalisation de ce seul critère ne revêtirait pas une intensité suffisante pour admettre un rapport de causalité adéquate entre les symptômes dont souffre le recourant et un accident de gravité moyenne.

**cc)** Au regard de ce qui précède, force est donc de conclure à l'absence d'une quelconque atteinte psychique d'origine traumatique susceptible de diminuer la capacité de travail du recourant.

**c)** Cela étant, la Cour de céans ne voit aucun motif pertinent justifiant de s'écarter de l'appréciation de l'intimée, reconnaissant au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'examens médicaux complémentaires n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**6.** Reste à examiner la perte de gain et, partant, le degré d'invalidité du recourant.

**a)** 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. art. 16 LPGa auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; cf. TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 p. 898).

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 ; cf. TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 p. 898 s.). Par ailleurs, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222 ; cf. TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2), étant précisé qu'en l'occurrence, le moment déterminant pour procéder à cette analyse est l'année 2014, la CNA ayant informé l'assuré le 6 août 2014 qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une

sensible amélioration de son état et que, corrélativement, il était mis fin au paiement de l'indemnité journalière et des frais médicaux avec effet au 31 octobre 2014 (cf. art. 19 al. 1 LAA).

On soulignera encore que la notion de "marché du travail équilibré" est certes théorique et abstraite mais qu'elle néanmoins 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 (cf. TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

**b)** Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle pourrait effectivement réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence ; cf. TF 8C\_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.1).

En l'occurrence, il convient de relever à titre liminaire que, contrairement à ce prétend le recourant, on ne saurait reprocher à l'intimée de ne pas avoir calculé le taux d'invalidité en se fondant sur le gain assuré de 106'800 fr. retenu pour déterminer le montant de l'IPAI (cf. mémoire de recours du 4 décembre 2014 p. 7 s.). En effet, la question du droit à la prestation d'assurance ne doit pas être confondue avec celle du calcul de la prestation à proprement parler, distinction que semble méconnaître l'assuré. Il découle plus particulièrement du système instauré par le législateur que le degré d'invalidité - et, corrélativement, le droit à la rente - procède d'une comparaison entre les revenus sans et avec

invalidité (cf. art. 16 LPGA ; cf. consid. 6a infra), que le taux de l'atteinte à l'intégrité est quant à lui arrêté en fonction d'un barème spécifique (cf. art. 25 al. 2 LAA, art. 36 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202] et annexe 3 à l'OLAA), mais que par contre, pour autant que le droit à la prestation soit ouvert, tant le montant de la rente d'invalidité (cf. 20 al. 1 LAA) que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. art. 25 al. 1 LAA) sont calculés sur la base du gain assuré (cf. art. 15 LAA et art. 22 ss OLAA). L'argumentation du recourant, en tant qu'elle repose sur un amalgame de ces différentes problématiques, ne peut donc qu'être écartée.

Pour le reste, le recourant n'avance aucun grief concret portant sur le revenu sans invalidité arrêté par l'intimée. Eu égard aux indications fournies par l'ancien employeur J. \_\_\_\_\_ Sàrl le 14 août 2014 (salaire présumable sans accident de 24 fr. 50 de l'heure en 2013 et 2014, avec en sus 8,33% de gratification ou part au treizième salaire, pour un horaire hebdomadaire de travail de 41,50 heures), le gain de valide de 57'275 fr. 15 retenu par la CNA échappe par ailleurs à la critique ( $[24 \text{ fr. } 50 + 8,33\%] \times 41\text{h}50 \times 52 \text{ semaines} = 57'275 \text{ fr. } 15$ ). Il y a dès lors lieu de s'y rallier.

**d)** Pour fixer le revenu d'invalidé, il convient de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque – comme en l'espèce – l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 170 p. 899). Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa avec les références citées ; cf. TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 171 s. p. 900), ou en fonction des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1)

La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche

différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 176 p. 901). Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; cf. TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; cf. TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. En d'autres termes, lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; cf. TF 8C\_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3).

En l'occurrence, la CNA a listé soixante-neuf DPT et en a sélectionné cinq, à savoir trois comme collaborateur de production, une comme aide-magasinier et la dernière comme employé de nettoyage. Il est par ailleurs incontestable que les cinq DPT retenues par la Caisse sont compatibles avec l'état de santé du recourant, dans la mesure où il s'agit de travaux légers, impliquent principalement le port de charges légères à

très légères, et ne nécessitant pas d'adopter systématiquement des positions en porte-à-faux du tronc ou les stations debout/assis. Au surplus, le recourant n'invoque pas - et a fortiori ne démontre pas - que les postes retenus seraient inadéquats ; on notera, en tout état de cause, que sa situation médicale et personnelle est précisément prise en compte par l'attention dévolue à la sélection desdites DPT. Il y a dès lors lieu de retenir que ces dernières peuvent être considérées comme adaptées au handicap de l'assuré. Quant au salaire moyen de 56'924 fr. fixé sur cette base, il n'apparaît pas critiquable. En particulier, on ne saurait s'arrêter sur les seules allégations du recourant - aucunement développées et encore moins étayées - selon lesquelles il ne serait pas en mesure de pouvoir réaliser un tel gain (cf. mémoire de recours du 4 décembre 2014 p. 8), l'instruction sur le plan médical ayant en tout état de cause démontré que l'intéressé était à même de travailler à temps complet dans une activité adaptée (cf. consid. 5 supra).

Partant, le revenu avec invalidité de 56'924 fr. retenu par la CNA doit être confirmé.

**e)** La comparaison du revenu sans invalidité (57'275 fr. 15) avec le revenu d'invalidité (56'924 fr.) met en évidence un taux d'invalidité de 0,61% ( $[57'275 \text{ fr. } 15 - 56'924 \text{ fr.}] / 57'275 \text{ fr. } 15 \times 100 = 0,61$ ), tel que calculé par l'intimée.

Par conséquent, sur ce plan également, l'appréciation de la CNA échappe à la critique.

**f)** Au demeurant, la référence aux statistiques salariales tirées de l'ESS ne permettrait pas d'aboutir à un résultat plus favorable au recourant.

**aa)** Lorsqu'on fait application des données résultant de l'ESS pour déterminer le revenu avec invalidité d'un assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative ou pas d'activité correspondant à l'exigibilité, il y a lieu de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant

toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; cf. TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; cf. 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 (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine, 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; cf. TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

**bb)** Dans le cas d'espèce, les données à disposition pour l'année 2012 font état d'un salaire de référence de 5'210 fr. par mois pour les hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), part au treizième salaire comprise (cf. ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2012 (41.7 heures [cf. La Vie économique, 1/2-2015, p. 92, tableau B 9.2]), ce montant doit être porté à 5'431 fr. 43 ( $5'210 \text{ fr.} \times 41,7 : 40 \text{ heures}$ ), correspondant à un salaire annuel de 65'177 fr. 10. Celui-ci doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2014 (+ 0,7% de 2012 à 2013 et + 0,8% de 2013 à 2014 [cf. tableau « *Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2014* » disponible sur le site internet de l'Office fédéral de la statistique, [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)]), ce qui conduit à un revenu annuel de 66'158 fr. 40. En prenant en considération un taux d'abattement 10% eu égard aux circonstances du cas d'espèce (soit essentiellement les limitations fonctionnelles liées au handicap et l'absence de statut régulier en Suisse), on obtient un revenu d'invalidé de 59'542 fr. 57 qui s'avère supérieur au gain de valide de 57'275 fr. 15 et ne saurait dès lors ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Du reste, même en tenant compte - à la rigueur - d'un taux d'abattement plus généreux de

15%, il en découlerait un revenu d'invalidé de 56'234 fr. 65 conduisant à un taux d'invalidité de 1,82%, qui ne permettrait toujours pas au recourant de prétendre à une rente d'invalidité.

**g)** En résumé, c'est donc à juste titre que l'intimée a nié le droit à la rente du recourant.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205).

**c)** 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 (cf. 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 cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, Me Kryeziu a produit une liste de ses opérations le 14 décembre 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat et débours s'inscrivant raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Kryeziu s'élève donc à 4'004 fr. 50 (TVA à 8% comprise).

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 (cf. 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 (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 3 novembre 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.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jeton Kryeziu, conseil du recourant, est arrêtée à 4'004 fr. 50 (quatre mille quatre francs et cinquante centimes), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jeton Kryeziu (pour A. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :