

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 janvier 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Yann Jaillet, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 4 LPGA ; 6 al. 1, 24 al. 1, 25 al. 1, 36 al. 1 LAA ; 3 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], exerçait la profession de concierge pour la société I.\_\_\_\_\_ et effectuait également quelques heures de travail par semaine pour la société J.\_\_\_\_\_. Il était assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**B.** En date du 6 novembre 2012, I.\_\_\_\_\_ a annoncé à la CNA que W.\_\_\_\_\_ avait été victime d'un accident le 2 novembre 2012. La déclaration de sinistre LAA indique que l'assuré, qui se trouvait sur son lieu de travail, « [...] était sur une échelle pour changer une ampoule quand soudainement, le faux plafond lui est tombé dessus ». Ce document mentionne que la partie du corps atteinte était la jambe droite et que le type de lésion était une fracture. L'assuré a reçu les premiers soins le jour même au C.\_\_\_\_\_ (ci-après : le C.\_\_\_\_\_). L'assuré a été en incapacité de travail totale à partir du 2 novembre 2012.

La CNA a alloué des prestations d'assurance à l'intéressé, notamment par le biais du versement d'indemnités journalières à partir du 5 novembre 2012.

Selon le rapport médical initial établi le 11 janvier 2013 par les Drs M.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au C.\_\_\_\_\_, l'assuré a indiqué avoir fait une chute de trois mètres avec réception sur les jambes et le dos. Il ne mentionnait pas de traumatisme crânien, pas de perte de connaissance ni d'amnésie circonstancielle. Il disait souffrir de douleurs de la colonne lombaire et dans la région cervicale basse, ainsi qu'au niveau des deux loges rénales et aux pieds dans la région métatarsienne des deux côtés. Les médecins ont relevé des douleurs à la palpation des vertèbres C7-C8, de la colonne lombaire ainsi que de l'avant-pied, des deux côtés. Ils ont posé les diagnostics de fracture du

deuxième métatarsien du pied droit et de contusions multiples de la colonne vertébrale.

Dans son rapport médical du 14 janvier 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a diagnostiqué une fracture du deuxième métatarse. Il indiquait que l'évolution était lente mais favorable et que le pronostic était également favorable. Il précisait qu'une reprise du travail à 100 % était prévue « à moyen terme ».

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a prescrit des séances de physiothérapie à l'assuré en date du 31 janvier 2013, mentionnant les diagnostics de lombalgie, cervicalgie, fracture du deuxième métatarse du pied droit et des contusions multiples de la colonne vertébrale.

Lors d'un entretien du 5 février 2013 entre l'inspecteur de la CNA et l'assuré, ce dernier a notamment fait état, comme antécédent, d'un accident deux ans auparavant avec des douleurs dans le dos, qui s'était bien remis. S'agissant du déroulement de l'accident du 2 novembre 2012, il a notamment expliqué avoir pris un néon au plafond, à trois ou quatre mètres du sol, puis être tombé de son échelle, sans savoir ce qui s'était produit.

Au cours d'un entretien téléphonique du 20 février 2013, la société I.\_\_\_\_\_ a appris à la CNA que W.\_\_\_\_\_ avait été licencié, avant l'accident, pour le 31 décembre 2012.

Dans son rapport médical du 4 avril 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a considéré que l'évolution de son patient était lente mais favorable et que le pronostic était réservé. Il ajoutait que le traitement devait durer encore un mois et qu'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure.

Lors d'un entretien téléphonique le 10 avril 2013 entre la CNA et la société I.\_\_\_\_\_, cette dernière lui a indiqué que le congé avait été « suspendu » suite à l'accident et que dès que l'assuré pourrait reprendre le travail, la question d'un nouveau poste serait examinée.

Une IRM lombaire a été réalisée le 22 mai 2013 sur demande du Dr Z.\_\_\_\_\_. Dans son rapport médical, le Dr X.\_\_\_\_\_ a conclu ce qui suit : « Protrusion distale circonférentielle en L3-L4 produisant une légère sténose canalaire et foraminale des deux côtés. Légère sténose canalaire et foraminale droite en L4-L5 sur protrusion discale postéromédiane paramédiane et latérale droite légèrement sténosante associée à une légère arthrose interfacettaire à droite. Léger rétrécissement canalaire en L5-S1 sur une protrusion distale postéromédiane légèrement sténosante et arthrose interfacettaire débutante ».

La CNA a ensuite mandaté le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, afin de procéder à un examen neurologique approfondi auprès de l'assuré. Dans son rapport médical du 12 juin 2013, ce dernier observait ceci, s'agissant de l'IRM lombaire du 22 mai 2013 : « Cet examen ne révèle pas de lésion post-traumatique. On observe des lésions dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées L3-S1 entraînant une légère sténose canalaire L3-L4 et L5-S1 ainsi qu'un rétrécissement foraminal bilatéral pluri-étagé, toutefois sans francs signes de compression radiculaire. A relever qu'il s'agit d'un examen de qualité technique relativement médiocre, tout particulièrement pour ce qui est de la myélo-IRM ». S'agissant de l'examen neurologique, il indiquait que la station sur la pointe des pieds et sur les talons était apparemment impossible.

Sous le chapitre « RÉSUMÉ DU CAS ET APPRÉCIATION », le Dr B.\_\_\_\_\_ relevait en outre ce qui suit :

« M. W.\_\_\_\_\_ est un patient se déclarant en bonne santé habituelle jusqu'ici, concierge, victime le 02.11.2012 d'une chute d'une échelle d'environ 3 mètres dans des circonstances peu claires alors que semble-t-il, il voulait changer une ampoule. Le patient paraît présenter une amnésie circonstancielle et une perte de connaissance n'est pas exclue. Il a dans les suites immédiates de l'accident été transporté au C.\_\_\_\_\_ où l'on a conclu à des contusions vertébrales multiples et à une fracture du 2<sup>ème</sup> métatarsien du pied droit.

Malgré l'ensemble des mesures thérapeutiques tentées jusqu'ici, l'évolution des troubles est aux dires de M. W. \_\_\_\_\_ particulièrement peu favorable avec persistance de douleurs lombaires se compliquant d'irradiations douloureuses dans les 2 membres inférieurs à prédominance droite avec également des paresthésies au niveau des mains et des pieds et un manque de force des 2 membres inférieurs.

En raison de la persistance des troubles susmentionnés, le patient n'a pas repris jusqu'ici son activité professionnelle.

Chez un patient à la collaboration partielle avec nette évidence de majoration des symptômes, l'examen neurologique révèle une nuque de bonne mobilité mais dont la mobilisation paraît déclencher des douleurs au niveau du bassin. L'examen du rachis lombaire révèle une apparente limitation de la mobilité lombaire avec provocation de douleurs locales irradiant le long du membre inférieur droit, ceci sans évidence de contracture des muscles paravertébraux. La marche spontanée se fait difficilement soit à l'aide d'une canne soit avec une boiterie d'épargne du membre inférieur droit. La station sur la pointe des pieds et sur les talons est apparemment impossible ddc. A l'examen des paires crâniennes, on observe une apparente hypoesthésie tactile et douloureuse faciale droite sans asymétrie des réflexes cornéens et le patient mentionne une hypoacousie bilatérale. L'examen des membres supérieurs est caractérisé par la présence de signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien, de phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire du membre supérieur droit et une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur droit, ceci sans altération de la trophicité musculaire, des réflexes tendineux et de la sensibilité profonde. A l'examen des membres inférieurs, la manœuvre de Lasègue est apparemment bloquée dès 30° ddc. On observe une chute freinée des 2 membres inférieurs et un ralentissement majeur des mouvements rapides à droite. Alors que la trophicité et les réflexes tendineux sont à nouveau bien préservés, le testing de la force musculaire est caractérisé par des phénomènes de lâchages étagés ddc à prédominance droite et l'examen de la sensibilité paraît révéler une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur droit ainsi qu'une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant la face externe du membre inférieur gauche et la plante du pied gauche.

L'examen clinique a été complété par un ENMG qui, compte tenu des conditions de collaboration (mouvements incomplets), ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire.

J'ai revu l'IRM lombaire pratiquée au [...] le 22.05.2013. Cet examen, de qualité technique suboptimale, ne révèle pas de lésion post-traumatique mais démontre des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées modérées L3-S1 entraînant un certain degré de rétrécissement du canal rachidien et des canaux de conjugaison, sans compression radiculaire certaine, notamment à la myélo-IRM.

En résumé, chez un patient dont une anamnèse précise s'avère particulièrement difficile à obtenir, le présent examen neurologique révèle des troubles très atypiques sans substrat somatique clairement objectivable. En effet, on note une limitation douloureuse assez particulière de la mobilité du rachis lombaire contrastant avec l'absence de contractures des muscles paravertébraux. La marche spontanée se fait avec une boiterie antalgique également assez particulière, la station sur la pointe des pieds et sur les talons est apparemment impossible. Pour le reste, l'examen clinique est caractérisé par des signes d'irritation au tunnel carpien ddc, des phénomènes de lâchages étagés au niveau du membre supérieur droit et des 2 membres inférieurs, une hypoesthésie tactile et douloureuse globale de l'hémicorps droit, un blocage dès 30° à la manœuvre de Lasègue, le tout contrastant avec l'absence d'altérations significatives de la trophicité musculaire et des réflexes tendineux.

En bref, un examen clinique caractérisé par des troubles sensitivo-moteurs extrêmement étendus et sans substrat clairement indicateur d'une atteinte significative du système nerveux périphérique et central, avec notamment pas d'éléments en direction d'une atteinte médullaire ou radiculaire.

L'ENMG, effectué dans des conditions de collaboration médiocre, ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs avec des traces aux mouvements normalement riches mais à basse fréquence typiques de phénomènes de lâchages.

L'IRM lombaire montre effectivement des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées mais à considérer comme modérées, sans évidence certaine de compression radiculaire et en tous les cas sans éléments post-traumatiques.

Compte tenu des éléments susmentionnés, je considère que le présent bilan démontre sans doute aucun des éléments de majoration importants des symptômes, sans faire la preuve d'une épine organique post-traumatique potentielle, hormis un possible syndrome du tunnel carpien sans relation avec l'accident.

Les altérations dégénératives disco-vertébrales mises en évidence à l'IRM lombaire peuvent très éventuellement participer aux douleurs mais cela paraît très peu vraisemblable compte tenu de l'atypie des plaintes et des présentes constatations.

En ce qui concerne la relation de causalité entre les troubles actuels et l'événement accidentel, j'estime qu'il n'y a actuellement plus de relation de causalité naturelle persistante probable ou certaine entre les plaintes et l'événement accidentel du 02.11.2012. La relation de causalité naturelle s'est vraisemblablement épuisée au terme d'une période de 6 mois au maximum.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a pas d'indication opératoire et il est peu probable que la poursuite du traitement actuel améliore significativement la situation. En tous les cas, la poursuite du traitement en cours n'est pas à la charge de l'assureur-accident étant donné qu'on doit admettre que le retour au statu quo ante s'est fait au plus tard 6 mois après l'accident. Pour les raisons

développées plus haut, je ne pense pas non plus que les altérations dégénératives disco-vertébrales mises en évidence à l'IRM puissent expliquer l'importance et l'extension des troubles et on se trouve vraisemblablement face à une forme de syndrome somatoforme douloureux/majoration des symptômes. »

Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a par la suite adressé son patient chez le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, qui a vu ce dernier en consultation le 10 juillet 2013. Dans son rapport du 11 juillet 2013 adressé au Dr Z. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_ a relaté que l'intéressé disait ressentir un essoufflement au moindre effort avec une fatigue inhabituelle et des sudations qui l'inquiétaient fortement et lui faisaient craindre un problème cardiaque. Ce médecin a constaté que le contrôle échocardiographique pratiqué s'était révélé tout à fait rassurant et ne montrait pas de dysfonction particulière susceptible d'expliquer l'essoufflement du patient. Il estimait que les symptômes signalés par le patient étaient plutôt attribuables à sa prise de poids et à l'immobilisation forcée subie après sa chute accidentelle.

En date du 15 juillet 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente.

L'assuré a été examiné le 15 juillet 2013 par le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport établi le même jour, ce médecin a posé les diagnostics de status huit mois après fracture du deuxième métatarsien du pied droit, de status après contusion lombaire dans un contexte de lésions dégénératives préexistantes, de probable état dépressif et d'excès pondéral. Il est notamment ressorti de l'examen clinique, décrit au point 4 du rapport, que la marche sans canne était extrêmement laborieuse sur quelques pas et que la position stationnaire monopodale était exécutable mais de manière très laborieuse. La marche sur les talons et les pointes n'a pas été demandée. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a considéré que du point de vue médical, le tableau clinique était dominé par des problèmes psychologiques et une dégradation physique globale, si l'on se référait aux déclarations de l'assuré. Du point de vue assécurologique, ce médecin estimait que les

éléments psychiatriques n'étaient pas en relation de causalité avec l'événement accidentel. Se fondant sur le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2013, il retenait que le status quo sine devait être établi à six mois après l'événement accidentel concernant les lombalgies. En revanche, en raison de la persistance de douleurs au pied droit, il était d'avis que la situation n'était pas stabilisée et du point de vue orthopédique, il préconisait un traitement complémentaire de la lésion du pied droit par la prescription de supports plantaires, avec nouvelle évaluation deux mois plus tard.

Dans son rapport médical intermédiaire du 10 septembre 2013, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un « syndrome somataforme douloureux (majoration des symptômes à la suite d'une fracture du 2<sup>ème</sup> métatarsien D) ». Il considérait que l'évolution était lente et que le pronostic était réservé. La date de la reprise du travail était selon lui à définir.

Le 29 octobre 2013, J. \_\_\_\_\_ a licencié l'assuré avec effet au 31 décembre 2013.

Le 30 octobre 2013, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a transmis un rapport médical à la CNA. Ce document, établi pour l'Office de l'assurance-invalidité suite à la demande de prestations déposée par l'assuré, faisait état des diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : « F61 : Troubles mixtes de la personnalité ; F20.0 : schizophrénie paranoïde », la prise en charge psychiatrique étant assurée par le Dr P. \_\_\_\_\_ depuis le 8 juillet 2013. Dans la partie intitulée « constat médical » au point 1.4 du rapport, ce médecin indiquait ce qui suit :

« Le patient s'est présenté pour la 1<sup>ère</sup> fois à ma consultation le 8.07.2013. Il s'agit d'un homme de grande taille, obèse, adressé par son médecin traitant en raison de la symptomatologie dépressive. A la salle d'attente, il se déplace avec une canne mais il me donne l'impression qu'il n'a pas tellement de difficultés à marcher, malgré le fait qu'il utilise cette canne. Le patient est en général bien orienté dans les 3 modes, il est tendu à chaque entretien mais dit qu'il se sent à l'aise. Ses mains sont toujours moites, il s'exprime en français

et en serbe. Parfois, cela avec un discours incohérent en fait, un discours avec un délire bien systématisé pourtant une obscurité est parfois présente. En ce qui concerne l'affection, le patient me donne l'impression d'être toujours un peu élevé mais l'humeur est normale. Le patient ne décrit pas d'angoisse mais je constate que ses mains sont moites, il signale également qu'il a pris 30 à 40kg depuis son accident et qu'il est irritable.

M. W.\_\_\_\_\_ ne se plaint pas de la perte de plaisir et c'est difficile à savoir s'il a vraiment raison. En fait, le patient parle de tout et de rien, il n'est pas précis avec ses réponses. Selon lui, il est dépressif depuis qu'il a fait l'accident, il nie la présence d'hallucinations auditives et visuelles, par contre je peux constater que le patient présente un délire persécutoire qui n'est pas si bien systématisé (le patient ne donne jamais d'informations précises). La psychomotricité est bien tendue durant chaque entretien et les 2 mains du patient sont bien moites à chaque entretien.

M. W.\_\_\_\_\_ ne présente pas d'idées suicidaires et il semble qu'il ne présente pas non plus de troubles du sommeil. En ce qui concerne des douleurs, c'est difficile à investiguer auprès du patient. Veuillez s'il vous plaît contacter son médecin traitant pour plus de renseignements ».

Le Dr P.\_\_\_\_\_ considérait en outre qu'en raison de ses troubles psychiques, W.\_\_\_\_\_ était en incapacité de travail à 100%.

Appelé à évaluer le traitement de physiothérapie prescrit à son patient, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans son rapport du 15 décembre 2013, que l'état actuel de ce dernier était stationnaire, les résultats du traitement médiocres, tout en attendant néanmoins une amélioration de la poursuite de celui-ci.

En date du 31 janvier 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité (ci-après : l'IPAI) à un taux de 5 %. Son appréciation se fondait sur la table 2 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA qui prévoit, pour une gêne fonctionnelle dans les articulations sous- astragaliennes, un taux situé entre 5 et 30 %. Par analogie, il estimait que la fracture du deuxième métatarsien droit occasionnait une gêne fonctionnelle en raison de la présence d'un cal relativement volumineux nécessitant le chaussage avec supports plantaires.

Le 31 janvier 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_ a également procédé à un examen médical final de l'assuré. Au point 4 intitulé « Constatations », ce médecin a indiqué que la marche sans canne était refusée et que la

marche sur les talons et les pointes n'était pas exécutée. Sous la rubrique « Appréciation », il a noté ceci :

« Il s'agit donc d'un assuré de 37 ans, concierge, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Du point de vue médical, nous sommes face à un patient s'exprimant de manière ralentie, multi-plaintif, en particulier concernant son moral, ses douleurs lombaires et dans une moindre mesure, son pied D.

A ce sujet, l'évolution nous semble globalement favorable suite à l'introduction d'un support plantaire. Dans ce sens, nous proposons à l'administration d'octroyer une paire supplémentaire à l'assuré afin qu'il puisse équiper ses chaussures à domicile.

Sur le plan strictement orthopédique, nous n'avons aucune recommandation particulière à formuler.

Du point de vue assécurologique, l'examen clinique de ce jour, en comparaison à celui du 15.07.2013, confirme la stabilisation du cas. Pour autant que l'assuré soit équipé de moyens orthopédiques adaptés, nous lui reconnaissons une pleine capacité dans la profession exercée.

Concernant les diagnostics et réserves sur la capacité de travail exprimés par le Dr P. \_\_\_\_\_ le 30.10.2013, nous précisons que les troubles psychiatriques sont sans relation de causalité naturelle avec l'événement qui nous concerne.

Sur la base du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 12.06.2013, nous réitérons notre position concernant les lombalgies à savoir, statu quo sine 6 mois après l'événement.

S'agissant d'un traitement à long terme, nous proposons à l'administration la prise en charge de supports plantaires selon directive ainsi que de 2 x 9 séances de physiothérapie la première année puis une 1 x 9 séances par an pendant 2 ans.

Sont également à la charge de la Suva [CNA], les médicaments antalgiques et anti-inflammatoires sur prescription médicale alors qu'une consultation systématique organisée une fois par année ne nous semble absolument pas nécessaire. »

Par décision du 7 mars 2014, la CNA a fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 5 %, soit 6'300 fr., fondé sur l'appréciation médicale du 31 janvier 2014 du Dr T. \_\_\_\_\_. Elle ajoutait que selon les renseignements en sa possession, les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante et que les conditions requises pour l'octroi d'une rente n'étaient ainsi pas réalisées.

En date du 11 mars 2014, la CNA a informé I.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ du fait que l'assuré était apte au travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2014 et que les indemnités journalières seraient versées en conséquence.

Par décision du 11 mars 2014, la CNA a considéré que pour les seules suites de l'accident (troubles au pied droit), l'assuré était apte au travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2014 dans la profession exercée et équipé de moyens orthopédiques adaptés. Elle ajoutait que s'agissant du traitement à long terme, elle prendrait en charge les supports plantaires selon ordonnance médicale ainsi que deux fois neuf séances de physiothérapie la première année puis une fois neuf séances par an pendant deux ans de même que les médicaments antalgiques et anti-inflammatoires selon prescription médicale. À l'appui de sa décision, la CNA mentionnait notamment le résultat de l'examen du 31 janvier 2014 réalisé par le Dr T.\_\_\_\_\_, dont il ressortait qu'il n'existait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement et que les troubles psychiatriques dont l'assuré se plaignait ne pouvaient plus s'expliquer d'un point de vue organique comme étant des séquelles de l'accident dont il avait été victime. L'autorité ajoutait que l'événement accidentel pouvait tout au plus être considéré comme étant de gravité moyenne et qu'il ne présentait aucun caractère particulièrement impressionnant ni aucune autre circonstance notable au sens de la jurisprudence en vigueur. S'agissant des troubles lombaires, la CNA a considéré que ceux qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais exclusivement à une affection de nature malade. Selon elle, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (status quo sine) pouvait être considéré comme atteint six mois après l'événement. Elle devait ainsi clore le cas au 31 mars 2014 concernant les suites de l'accident, réfuter tout droit à d'autres prestations d'assurance et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'ici, soit les indemnités journalières et les frais de traitement.

W.\_\_\_\_\_ a fait opposition le 10 avril 2014 à la décision du 7 mars 2014, concluant à l'annulation de celle-ci et à ce que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit fixé une fois la décision du

11 mars 2014 devenue définitive exécutoire. Subsidiairement, il concluait à ce que la décision du 7 mars 2014 soit réformée en ce sens que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité tienne compte de l'atteinte subie au niveau du dos et qu'elle soit arrêtée à 25'200 fr., soit une atteinte à l'intégrité de 20 %. À l'appui de son opposition, l'assuré invoquait que la décision du 11 mars 2014 reconnaissant à l'assuré une capacité de travail de 100 % à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014 ferait également l'objet d'une opposition et que la fixation d'une IPAI était dès lors prématurée. Il ajoutait que dans sa décision du 7 mars 2014, la CNA n'avait tenu compte que des séquelles de l'accident au pied droit, à l'exclusion des douleurs lombaires. Or selon lui, les douleurs dorsales étaient apparues au moment de l'accident, ce qui était établi. L'assuré considérait ainsi que la diminution de l'intégrité devait tenir compte des douleurs dorsales en question, lesquelles étaient au demeurant très importantes.

Le 14 avril 2014, l'assuré a fait opposition à la décision du 11 mars 2014, concluant à la poursuite du versement des indemnités journalière à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014 ainsi qu'à la poursuite de la prise en charge des frais de traitement et à l'octroi d'une pleine rente d'invalidité. À l'appui de son opposition, W.\_\_\_\_\_ invoquait notamment une appréciation erronée de la part du médecin-conseil de la CNA. Il expliquait que ses troubles du pied droit étaient encore existants et qu'il lui était indispensable d'utiliser une canne pour pouvoir se déplacer. Il s'étonnait également du fait que la CNA continue de prendre en charge ses supports plantaires, des séances de physiothérapie pour une durée de trois ans et des médicaments antalgiques et anti-inflammatoires alors qu'elle considérait qu'il n'y avait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement. Il ajoutait qu'avant l'accident de novembre 2012, il n'avait présenté aucune douleur dorsale et que l'appréciation du médecin d'arrondissement, étayée sur la seule base du rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 12 juin 2013, ne suffisait pas pour soutenir une affection de nature malade. Il relevait également qu'à la suite de l'IRM du 22 juin 2013, le Dr X.\_\_\_\_\_ avait fait état d'une suspicion de hernie discale suite à l'accident de novembre 2012. Il précisait avoir rencontré le Professeur

D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, lequel allait rédiger un rapport qui serait produit dans le cadre de la procédure d'opposition.

En date du 30 septembre 2014, l'assuré a transmis à la CNA un rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ daté du 1<sup>er</sup> septembre 2014 et adressé au Dr Z.\_\_\_\_\_. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

« OBJECTIVEMENT :

Patient obèse, pesant plus de 140 kg.

Il est démonstratif.

Il s'aide avec ses 2 mains pour plier les 2 cuisses.

La flexion antérieure du tronc est nettement diminuée avec une DDS supérieure à 40 cm, provoquant des douleurs lombo-sacrées importantes, à peu près identiques à ce que provoque l'extension forcée.

Le Lasègue bloque à 30° ddc par des douleurs lombo-sacrées.

Sensibilité de l'aiguille diminuée sur l'ensemble du membre inférieur droit, sans systématisation.

Il pourrait éventuellement y avoir une minime faiblesse de type L5 droit.

La marche sur les talons et les pointes est instable.

Réflexes rotuliens très faibles ddc : achilléen moyen ddc ; cutané plantaire en flexion ddc.

IRM LOMBAIRE DU 22.5.2013 :

Sur les coupes sagittales on ne voit qu'un simple dessèchement du disque L4-L5 et très légèrement L3-L4, sans diminution significative de la hauteur de ces disques. Il semble y avoir une absence de lordose lombaire, mais l'IRM est bien entendue pratiquée en position couchée sur le dos.

Il n'y a pas de glissement, pas de hernie discale ou similaire.

Le canal n'est pas très large en L3-L4 et L4-L5.

Il y a en plus un léger excès de graisse épидurale à ces niveaux.

Les coupes axiales de L3 vers le bas sont de très mauvaise qualité, probablement en raison de l'obésité et peut-être aussi en raison de mouvements du patient.

La série s'arrête dans la partie supérieure du disque L5-S1.

On voit une discrète protrusion discale postérieure diffuse en L4-L5, prédominant légèrement à droite avec un fourreau dural qui n'est pas très large, d'une part en raison du canal et d'autre part en raison d'une graisse épидurale légèrement abondante.

Il n'y a pas de coupes axiales à travers le disque L3-L4, mais seulement au-dessus et une en dessous. De nouveau, le fourreau dural est légèrement étroit.

Les canaux de conjugaison sont libres, pour autant qu'on puisse les apprécier.

La séquence myélographique, de très faible résolution, montre un fourreau dural légèrement et harmonieusement rétréci de L3-L4 à L4-L5.

Pour autant que l'on puisse les identifier, les gaines radiculaires lombaires sont libres.

Sur cet examen on ne voit pas de lésion traumatique ou de lésion suspecte d'être séquellaire d'un traumatisme.

J'ignore les conclusions du radiologue, puisque je n'ai que la première page du rapport radiologique.

#### APPRECIATION :

Je ne peux pas poser de diagnostic précis.

Je n'ai pas de renseignements clinique et radiologique autres que l'IRM lombaire de 2013, alors que M. W. \_\_\_\_\_ a été examiné, traité et apparemment expertisé par plusieurs médecins, notamment les médecins de la SUVA.

Je peux simplement dire qu'aujourd'hui je trouve un patient qui se plaint de fortes douleurs lombaires avec une certaine irradiation dans les membres inférieurs, qu'il ne déclare cependant pas spontanément.

A l'examen, on trouve une obésité massive avec un syndrome lombovertébral également important mais pas de déficit radiculaire clair. Apparemment c'est une situation qui perdure depuis longtemps et on est donc à l'abri d'une affection grave et progressive.

Radiologiquement, on a des troubles dégénératifs d'allure banale qui n'ont manifestement pas conduit à des complications telles que glissement, discite, instabilité, sténose foraminale ou canalaire significative ou tassement vertébral.

Le but de la visite aujourd'hui, selon M. W. \_\_\_\_\_, était d'obtenir un certificat lui permettant de se retourner contre la SUVA, alors que je n'ai pas de renseignements sur la manière dont le cas a été géré par l'assurance accident.

Dans cette situation je peux d'une part exclure toute indication ou simplement possibilité d'une quelconque intervention neurochirurgicale.

D'autre part, je ne peux absolument pas me prononcer sur la relation entre les plaintes actuelles et l'accident.

Enfin, il est clair que ce patient doit continuer à être pris en charge au C. \_\_\_\_\_, où il est manifestement déjà connu pour son problème de dos. »

Dans son courrier d'accompagnement, l'assuré relevait notamment que le diagnostic d'absence d'affection progressive démontrait qu'il ne s'agissait pas d'une affection de nature malade et

qu'il n'avait donc pas atteint le status quo sine. Il estimait également que ses troubles lombaires demeuraient exclusivement liés à l'accident survenu en novembre 2012. L'assuré maintenait donc ses conclusions.

Les oppositions de l'assuré ainsi que le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ ont été soumis pour appréciation au Dr T. \_\_\_\_\_, lequel a rédigé un rapport médical en date du 28 novembre 2014. Dans ce document, le médecin d'arrondissement a notamment considéré que l'IRM du 22 mai 2013 montrait clairement la présence de « lésions dégénératives pluri-étagées avec légère sténose canalaire et foraminale en L3-L4 et L4-S1 », ces sténoses canalaires étant le fruit d'un processus long qui ne pouvait en aucun cas être rattaché à un événement traumatique. Le Dr T. \_\_\_\_\_ ajoutait également que le Dr B. \_\_\_\_\_ relevait la présence de troubles sensitifs et moteurs très étendus et sans substrat clairement indicateur d'une atteinte significative du système nerveux périphérique et central. En d'autres termes, le Dr B. \_\_\_\_\_ constatait une discrédance entre les constatations objectives et les plaintes de l'assuré. Le Dr T. \_\_\_\_\_ mentionnait aussi que son confrère avait effectué un électro-neuro-myogramme qui n'avait pas permis de monter de lésion structurelle des nerfs périphériques. S'agissant de l'établissement de l'atteinte à l'intégrité, le médecin d'arrondissement indiquait n'avoir pris en compte que les limitations fonctionnelles strictement en rapport avec l'événement concernant l'assurance-accident. Il ajoutait ceci : « [...] en raison de la mise en évidence de lésions de type dégénératif et sur la base du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_, le status quo sine que nous avons établi au 31.01.2014 exclut la prise en compte de ces lésions pour la détermination du taux d'IpAI » (rapport médical p. 3 in fine). Il précisait que les lésions démontrées au rachis lombaire chez l'assuré expliquaient à elles seules l'ensemble de la symptomatologie douloureuse dont il souffrait. En conséquence, il n'existait, pour le médecin d'arrondissement, aucun argument permettant de justifier l'octroi d'une IPAI de 20 % telle que requise par le patient.

Par décision sur oppositions du 9 décembre 2014, la CNA a rejeté les oppositions formées par l'assuré. Elle a tout d'abord précisé que

nul ne prétendait, à juste titre, que les troubles psychiques de l'assuré engageaient la responsabilité de l'assurance-accidents. Se fondant sur l'appréciation des Drs B.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, la CNA a ensuite considéré que c'était à bon droit qu'elle avait mis un terme aux prestations pour les troubles dans le dos. Elle a estimé que l'assuré n'avait apporté aucun élément médical permettant de douter de l'analyse des médecins précités. S'agissant du pied droit, la CNA s'est à basée sur l'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_, selon laquelle la situation était stabilisée et la capacité de travail entière, pour autant que l'assuré soit équipé de moyens orthopédiques adaptés. La CNA rappelait que son médecin d'arrondissement avait à nouveau été interpellé dans le cadre de la procédure d'opposition et que ce dernier avait indiqué que le status quo sine pour le dos excluait la prise en compte de ces lésions pour la détermination du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ainsi, en l'absence d'élément médical contraire au dossier, la CNA a estimé qu'elle avait mis fin à juste titre au versement de l'indemnité journalière au 31 mars 2014, refusé tout droit à une rente d'invalidité et versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Elle ajoutait qu'en l'absence de reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité, un traitement ne saurait reposer sur l'art. 21 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) et que c'était à bien plaisir qu'elle avait accepté de prendre à sa charge le traitement à long terme préconisé par le médecin d'arrondissement.

**C.** Par acte du 26 janvier 2015, W.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur oppositions du 9 décembre 2014, concluant principalement à ce que cette décision soit annulée et à ce que le dossier de la cause soit renvoyé à la CNA pour complément d'instruction, notamment sous la forme d'une expertise, à charge pour elle de rendre ensuite une nouvelle décision. Subsidiairement, il a conclu à ce que la décision sur oppositions de la CNA soit réformée en ce sens qu'il a droit à des indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014 et à la prise en charge des frais de traitement, partant à l'allocation d'une rente fixée à dire de justice. Il a enfin conclu à ce que la décision sur oppositions soit réformée en ce sens que la diminution de son intégrité est d'au moins 20

% et le montant versé à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 25'200 fr. À l'appui de son écriture, le recourant invoque notamment que l'analyse du B.\_\_\_\_\_ révèle que l'IRM du 22 mai 2013 est un examen de qualité technique relativement médiocre, tout particulièrement pour ce qui est de la myélo-IRM, « ce qui atténue fortement, pour ne pas dire totalement, les constatations qu'il croit en tirer, à savoir les lésions dégénératives discovertébrales pluri-étagées L3-S1 entraînant une légère sténose canalaire L3-L4 et L5-S1 ainsi qu'un rétrécissement foraminaux bilatéral pluri-étagé, toutefois sans francs signes de compression radiculaire ». S'agissant des déclarations du Dr B.\_\_\_\_\_ selon lesquelles le manque de clarté de son analyse s'explique par une collaboration partielle du recourant, ce dernier explique qu'il ressentait de vives douleurs dorsales et qu'il n'était pas en mesure d'effectuer tous les gestes demandés par le médecin, du moins dans l'amplitude que celui-ci aurait souhaité. Il ajoute que cette affirmation du Dr B.\_\_\_\_\_ tend à démontrer un manque d'objectivité. Quant à l'avis de ce médecin selon lequel « les altérations dégénératives disco-vertébrales mises en évidence à l'IRM lombaire peuvent très éventuellement participer aux douleurs », il laisserait entendre, selon le recourant, que les douleurs qu'il ressent ne sont pas ou guère liées à ces prétendues altérations. Dès lors, W.\_\_\_\_\_ est d'avis que ces douleurs ne peuvent être que la conséquence de la chute du 2 novembre 2012. Au surplus, le recourant considère que le Dr B.\_\_\_\_\_ ne pose pas un constat définitif et certain, puisqu'il indique que « la relation de causalité naturelle s'est vraisemblablement épuisée au terme d'une période de 6 mois au maximum ». L'intéressé affirme ensuite, s'agissant du Dr T.\_\_\_\_\_, que ce dernier est le médecin d'arrondissement de la CNA, ce qui relativise la portée de ses analyses, et qu'il se contente de renvoyer à l'analyse du Dr B.\_\_\_\_\_ concernant les problèmes dorsaux, sans autre explication. Son analyse ne saurait ainsi avoir la valeur probante que lui accorde la CNA. Le recourant cite également les rapports médicaux des 14 janvier 2013 et 4 avril 2013 du Dr Z.\_\_\_\_\_, dont il ressort qu'il n'existe pas de circonstances particulières pouvant influencer défavorablement le processus de guérison, telle une maladie antérieure, respectivement qu'il faut s'attendre à ce qu'un dommage persiste. W.\_\_\_\_\_ mentionne aussi

l'opinion du Dr X.\_\_\_\_\_ selon laquelle il existerait une hernie discale, ce médecin n'infirmant ni ne confirmant qu'elle serait en lien de causalité directe avec l'accident du 2 novembre 2012. Enfin, le recourant considère que le Professeur D.\_\_\_\_\_ n'exclut pas tout lien de causalité entre les douleurs lombaires actuelles du recourant et l'accident du 2 novembre 2012. Il ajoute que les analyses des Drs B.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ « ne présentent pas une valeur probante suffisante en ce qui concerne la prétendue fin du lien de causalité entre les douleurs lombaires apparues [chez le recourant] lors de l'accident du 2 novembre 2014 [recte : 2012] » et que leurs rapports souffrent de certaines contradictions, un certain parti pris et qu'ils ne se complètent pas. Ils sont, selon le recourant, contraires sur plusieurs points aux constatations des Drs X.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_. Le recourant conteste également le taux de l'IPAI retenu par la CNA pour les séquelles au pied droit, qu'il considère comme étant trop bas et dont il estime qu'il ne peut être inférieur à 15 %. Il reproche aussi à l'assurance-accidents de ne pas avoir tenu compte des séquelles accidentelles du dos, les douleurs qu'il décrit devant amener à la fixation d'un taux d'IPAI de 20 % pour ces lésions. Ainsi, un taux global de 20 % au moins serait justifié. À titre de mesure d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise dans le but d'examiner la question de la causalité entre l'accident du 2 novembre 2012 et ses lésions lombaires, et partant de déterminer sa capacité résiduelle de travail et le taux d'IPAI qui en découle. Il requiert enfin l'audition du Professeur D.\_\_\_\_\_ et du Dr Z.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 10 mars 2015, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur oppositions du 9 décembre 2014. À l'appui de son écriture, l'intimée invoque notamment que le recourant se contente de manifester son désaccord avec les avis qui ont fondé le refus de la CNA d'intervenir, mais qu'il n'amène pas d'élément médical pouvant justifier ses affirmations. En particulier, le rapport d'examen du Dr D.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2014 ne permet pas selon elle d'infirmar la position de la CNA, ce médecin ne pouvant pas se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité en l'occurrence. Ainsi, la CNA considère que l'opinion du Dr D.\_\_\_\_\_ ne saurait remettre en cause

l'avis médical du médecin d'arrondissement, fondé sur les constatations d'un spécialiste, le Dr B.\_\_\_\_\_, et basé sur une analyse complète et fouillée de la situation. Elle relève que ce dernier et le Dr T.\_\_\_\_\_ ont clairement reconnu que le status quo sine ou ante a dû être atteint six mois après l'accident, les contusions survenues à cette occasion ne devant plus déployer d'effet après ce laps de temps. Selon l'intimée, ces contusions sont apparues sur un terrain dégénératif et ont tout au plus pu aggraver la situation pendant un certain temps mais n'ont pas entraîné une incapacité de travail durable. Ainsi, la CNA estime que c'est à bon droit qu'elle a refusé d'intervenir pour les troubles lombaires du recourant. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée est d'avis que c'est à juste titre qu'elle n'a pas pris en considération les problèmes lombaires du recourant pour fixer l'IPAI, dans la mesure où ces affections ne relèvent pas de sa responsabilité. Pour ce qui est du pied droit, elle considère que l'analyse du médecin d'arrondissement est convaincante et que la CNA a apprécié le taux de l'IPAI de manière correcte.

Dans sa réplique du 22 juin 2015, le recourant a confirmé ses conclusions ainsi que sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise. Il réitère en partie les arguments contenus dans son mémoire de recours et s'y réfère en ce qui concerne l'IPAI, tout en précisant qu'une expertise aurait également du sens pour déterminer la valeur de cette indemnité. Le recourant reproche en outre à la CNA de ne pas prendre position sur les rapports des Drs Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, lesquels, tout comme celui du Dr D.\_\_\_\_\_, divergent des avis des Drs B.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, qui seraient peu précis. Ainsi, selon le recourant, l'hésitation des constats du Dr B.\_\_\_\_\_ et les avis divergents des Drs Z.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ sont de nature à confirmer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 2 novembre 2012 et les douleurs encore ressenties, ou à tout le moins, permettent de considérer que la situation médicale n'est pas clairement établie et qu'une expertise est nécessaire.

Dans sa duplique du 18 août 2015, la CNA a confirmé ses conclusions. Elle ajoutait que la cause était selon elle suffisamment instruite.

**D.** Entretemps, le 22 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande d'assistance judiciaire au moyen du formulaire idoine. Par décision du 27 janvier 2015, la juge instructrice lui a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 janvier 2015, celle-ci comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Yann Jaillet. Ce dernier a produit sa liste des opérations et débours le 7 décembre 2015.

### **E n d r o i t :**

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

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

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

83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01).

**b)** En l'espèce, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 LPGA et art. 96 LPA-VD), le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le présent litige porte en premier lieu sur la question de savoir si la CNA pouvait valablement considérer l'assuré comme étant apte au travail à plein temps à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014 et cesser d'octroyer les prestations de l'assurance-accidents dès cette date. Dans ce cadre, il conviendra en particulier de déterminer si l'atteinte lombaire est imputable à l'accident du 2 novembre 2012 et si l'état de santé du recourant est stabilisé. Le recourant conteste également le taux, et partant le montant, de l'IPAI fixé par la CNA, considérant que le taux retenu par l'assurance-accidents est trop bas et qu'il devrait en outre tenir compte de l'atteinte lombaire.

**3. a)** 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. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

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

l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 ; TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3 et réf. cit).

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

L'annexe 3 de l'OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b et réf. cit.). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à

l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1, 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2, 8C\_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**c)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPG, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif

pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

**d)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.).

Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du

caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR 2<sup>ème</sup> éd., n° 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les réf. cit.).

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 ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C\_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- 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 en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

D'après la casuistique en matière de chute d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre cinq et huit mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (TF 8C\_463/2014 du 24 juin 2015, consi. 5.2.2 et réf. cit.).

**e)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*status quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*status quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *status quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

**4.** De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider

si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des 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. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution 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. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

**6. a)** En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu la fixation du status quo sine six mois après l'événement, estimant que son état de

santé n'est pas stabilisé, du fait de la persistance des douleurs lombaires. Se prévalant notamment des rapports des Drs X.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, il soutient que dites douleurs sont en lien de causalité avec l'accident du 2 novembre 2012 et non pas consécutives à une problématique dégénérative préexistante.

**b)** S'agissant des reproches formulés à l'encontre de la prise de position du Dr B.\_\_\_\_\_, il sera tout d'abord relevé que la qualité relativement médiocre de l'IRM lombaire n'a pas empêché les médecins de se prononcer sur les résultats d'imagerie. Le Dr X.\_\_\_\_\_ conclut à l'existence de protrusions discales et d'une arthrose interfacettaire débutante. Certes, dans l'en-tête de son rapport, qui comporte bien deux pages et non trois comme soutenu par le conseil du recourant, le médecin radiologue mentionne une « suspicion de hernie discale suite à un accident en novembre 2012 ». Il convient cependant de replacer cette mention dans son contexte, soit celui du motif médical avancé par le médecin généraliste traitant pour solliciter l'examen IRM. On ne saurait dès lors prêter une quelconque valeur de diagnostic à l'indication d'une suspicion d'hernie discale, cela d'autant plus que celle-ci ne figure pas dans les diagnostics retenus par le Dr X.\_\_\_\_\_ dans ses conclusions (cf. rapport de l'IRM du 22 mai 2013). Les observations du Dr B.\_\_\_\_\_ ne divergent par ailleurs pas des conclusions du médecin radiologue, étant précisé que ce dernier n'a pas relevé non plus de lésion post-traumatique, tout comme le Dr D.\_\_\_\_\_ qui précise, de surcroît sans avoir connaissance des conclusions du radiologue, ne pas voir sur l'IRM de lésion traumatique ou de lésion suspecte d'être séquellaire d'un traumatisme. Le recourant ne saurait donc être suivi sur ce point.

Pour ce qui est de l'affirmation du recourant selon laquelle le Dr B.\_\_\_\_\_ ne poserait pas de constat définitif et certain, puisqu'il indique que « la relation de causalité naturelle s'est vraisemblablement épuisée au terme d'une période de 6 mois au maximum », il convient de rappeler qu'en matière d'assurance sociales, la question de la causalité est tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. consid. 3c supra). Or le Dr B.\_\_\_\_\_ mentionne

expressément qu'il n'y a selon lui plus de relation de causalité naturelle persistante probable ou certaine entre les plaintes et l'événement accidentel du 2 novembre 2012, le status quo sine vel ante ayant vraisemblablement été atteint six mois après l'accident, ce qui apparaît comme étant l'hypothèse la plus probable. Cet argument est dès lors mal fondé.

On peut également déduire des rapports des Drs T. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ que la collaboration de l'assuré aux examens cliniques aura été partielle. L'un et l'autre ont renoncé à la marche sur les talons et les pointes. De plus, le Dr T. \_\_\_\_\_ mentionne que la marche sans canne est refusée et décrit à plusieurs reprises certains mouvements comme laborieux. Le Dr D. \_\_\_\_\_ évoque une attitude démonstrative. Dès lors, on ne saurait faire grief au Dr B. \_\_\_\_\_ d'un manque d'objectivité ou d'exhaustivité dans le cadre de l'exécution de son mandat. Il n'a fait qu'émettre les réserves inhérentes à un examen clinique lorsque que les tests usuels ne peuvent être pratiqués, totalement ou partiellement, peu en importe la raison au demeurant. Quoi qu'il en soit, ce médecin a effectué, en complément à l'examen clinique, une ENMG [électroneuromyographie], laquelle a exclu l'existence d'atteinte neurogène périphérique.

**c)** Quant à l'analyse du Dr T. \_\_\_\_\_, on ne saurait l'écarter en raison du seul fait que ce dernier est le médecin d'arrondissement de la CNA. En effet, dans ses rapports médicaux, ce médecin présente des résultats convaincants, ses conclusions sont motivées et ses avis ne contiennent pas de contradiction, aucun indice concret ne permettant au demeurant de remettre en cause leur bien-fondé. Il est par ailleurs erroné d'affirmer que le Dr T. \_\_\_\_\_ se contenterait uniquement de se reporter à l'analyse du Dr B. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne les problèmes dorsaux, sans autres explications. En effet, afin d'étayer ses conclusions, le médecin de la CNA a également procédé à un examen orthopédique du dos en date du 15 juillet 2013 ainsi que lors de l'examen final du 31 janvier 2014. Ainsi, les rapports du médecin d'arrondissement de la CNA remplissent tous les réquisits de la jurisprudence en la matière (cf. consid. 4 ci-dessus).

**d)** Le médecin traitant de l'assuré, le Dr Z.\_\_\_\_\_, soutient certes qu'il n'existait pas de circonstances particulières susceptibles d'influencer défavorablement le processus de guérison, telle une maladie antérieure. Or les Drs B.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ relèvent tous une atteinte dégénérative sur la base de l'examen IRM lombaire. Le médecin traitant mentionne également la persistance d'un dommage mais sans faire la démonstration d'une relation de causalité entre l'accident et le dommage, lequel pourrait au demeurant tout aussi bien avoir pour origine l'atteinte dégénérative.

**e)** Ainsi, en l'absence de lésions traumatiques de la colonne lombaire consécutives à l'accident du 2 novembre 2012 autres que les contusions diagnostiquées le jour même de l'accident par les médecins du C.\_\_\_\_\_, le status quo sine vel ante tel que retenu par la CNA six mois après l'événement accidentel et la décision de clore le cas au 31 mars 2014 ne sont pas critiquables. Cela d'autant plus au vu de la jurisprudence citée par l'intimée au consid. 5b in fine de sa décision sur oppositions. En effet, selon une jurisprudence constante, l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale se résorbe en général dans un délai de six à neuf mois, mais au plus tard après un an (TF 8C\_1009/2009 du 4 mai 2010, consid. 3.1.1 et réf. cit.). Le recourant ne peut rien exciper du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ à l'encontre de cette appréciation. Bien au contraire, celui-ci ne pose aucun diagnostic et ne se prononce pas sur le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte lombaire. Il exclut en outre toute indication à une intervention neurochirurgicale, ce qui pourrait en l'état parler en faveur d'un état de santé stabilisé. Quant à sa recommandation de poursuite de la prise en charge de l'atteinte lombaire, elle se justifie déjà par la seule atteinte dégénérative.

**f)** Enfin, on ne peut déduire d'aucun rapport médical que l'atteinte au pied droit consécutive à l'accident du 2 novembre 2012 entraînerait à elle seule une incapacité de travail. Ainsi, l'appréciation du

Dr T.\_\_\_\_\_, soit celle d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle avec équipement orthopédique adapté, ne peut être que suivie.

**g)** Quand bien même le recourant n'a pas contesté l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes psychiques diagnostiquées par le Dr P.\_\_\_\_\_, on observera, par surabondance de droit, qu'en présence d'un accident de gravité moyenne stricto sensu, comme c'est le cas en l'espèce, aucun des sept critères dégagés par la jurisprudence ne paraît réalisé (cf. supra consid. 3d in fine). Quant au diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, on rappellera qu'il émane du Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et non psychiatre, et qu'il n'est pas objectivé. De surcroît, il n'a pas été confirmé postérieurement par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

**7.** Le recourant conteste également le taux et par conséquent le montant alloué par la CNA à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Or en premier lieu, il convient de constater que faute de lien de causalité naturelle subsistant entre l'accident et l'atteinte lombaire, le recourant n'a pas droit à une IPAI pour dite atteinte. C'est donc à juste titre que la CNA n'a pas pris en compte les douleurs lombaires dans son appréciation. Quant à l'atteinte au pied droit, le recourant ne fournit aucune pièce médicale de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_. En conséquence, l'avis du médecin d'arrondissement sera suivi, étant rappelé, d'une part, qu'il appartient au premier chef aux médecins d'évaluer une atteinte à l'intégrité (cf. consid. 3b supra) et, d'autre part, que l'évaluation du Dr T.\_\_\_\_\_ ne contient aucune contradiction intrinsèque ou incohérence susceptible de modifier le taux de l'IPAI.

**8.** Enfin, conformément à la jurisprudence permettant l'appréciation anticipée des preuves (cf. consid. 5b supra), il ne sera pas donné suite aux mesures d'instruction requises par le recourant. Il paraît en effet improbable que le Dr D.\_\_\_\_\_ s'exprime s'agissant des diagnostics et du lien de causalité naturelle alors qu'il a renoncé expressément à le faire. Par ailleurs, il est hautement vraisemblable que le médecin traitant aurait déjà fait état en cours de procédure administrative

d'éventuels éléments cliniques objectifs s'inscrivant en faux contre les appréciations des Drs B. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_. Enfin, la mise en œuvre d'une expertise médicale ne constituerait qu'une appréciation médicale supplémentaire sans pertinence, les pièces au dossier permettant de statuer en toute connaissance de cause.

**9.** Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

**10. a)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**b)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, Me Yann Jaillet a fixé à 9.5 heures le temps consacré à ce dossier depuis le 26 janvier 2015, ses dépens se montant à 21 fr. C'est ainsi un montant de 1'710 fr (9.5 heures x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8 % d'un montant de 136 fr. 80. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 21 fr., TVA à 8 % en sus, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 1'869 fr. 50.

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 ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au

Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur oppositions rendue le 9 décembre 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
  
- IV. L'indemnité d'office de Me Yann Jaillet, conseil du recourant W.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 1'869 fr. 50 (mille huit cent soixante-neuf 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière:

**Du**

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

- Me Yann Jaillet (pour W. \_\_\_\_\_), à Yverdon-les-Bains,
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), à Monthey,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :