

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Brélaz Braillard et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourant, représenté par Me Carole Wahlen, avocate à Lausanne,

et

Q._____, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 19 LAA

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a travaillé auprès de P._____ en qualité de monteur en échafaudages. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

A la suite d'une chute sur les deux talons le 24 novembre 2006, l'assuré a été hospitalisé au CHUV pour une fracture comminutive de calcanéum bilatéral. Le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a attesté une incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident. Le cas a été annoncé à la CNA le 27 novembre 2006, qui a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Le 12 décembre 2006, l'assuré a subi une ostéosynthèse du calcanéum droit et a reçu un traitement conservateur pour le côté gauche. Il a rejoint son domicile le 20 décembre 2006 en chaise roulante.

L'assuré a été examiné le 14 juin 2007 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie, dont le rapport daté du même jour rapporte les éléments suivants :

[...]

A l'examen clinique, chez un patient à la thymie manifestement abaissée, la marche s'effectue avec beaucoup de difficultés, en rotation externe des pieds, sans déroulement du pas. Objectivement, les arrières-pieds sont fortement élargis par un œdème chronique. Ils sont déformés en varus, surtout le droit. Les voûtes plantaires sont effondrées. La mobilité de la tibio-astragaliennne est limitée à gauche comme à droite. La sous-astragaliennne est bloquée ddc. Les avant-pieds sont un peu plus souples, surtout le gauche. A cela s'ajoute un flessum de 10 à 15° du genou droit, partiellement réductible, dont l'origine n'est pas très claire.

[...]

Du point de vue thérapeutique, le patient pourra peut-être bénéficier d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation, au sens d'un complément de rééducation à la marche et d'un bilan global,

incluant un 2^{ème} avis orthopédique, une adaptation du chaussage et une évaluation psychiatrique.

Par la suite, il faudra peut-être envisager une reconstruction-arthrodèse des arrières-pieds mais, quoi qu'on fasse, il est tout à fait évident que le patient ne pourra plus travailler sur un chantier, encore moins comme monteur d'échafaudages.

Il s'en est d'ailleurs bien rendu compte et cela l'affecte profondément, sur un fond de difficultés financières et familiales.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 24 juillet au 28 août 2007. Se référant aux bilans et investigations résultant du séjour de l'assuré, les Drs K._____, spécialiste en rhumatologie et I._____, médecin-assistant à la CRR, ont retenu dans leur rapport du 20 septembre 2007, une incapacité de travail totale dans l'activité de monteur en échafaudage pour une longue durée. Sur le plan psychique, ils ont observé une thymie globale maintenue et l'absence de signe orientant vers un trouble dépressif ou un état de stress post-traumatique, ne suscitant aucune mesure thérapeutique particulière. L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité durant son séjour, en date du 7 septembre 2007.

Le 10 juin 2008, l'assuré a subi une opération au CHUV consistant dans l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au pied droit, une reconstruction arthrodèse sous-talienne avec correction du varus de l'arrière pied et une ablation du cal vicieux de la phase externe et interne du calcanéum.

Le 26 septembre 2008, P._____, a mis un terme au contrat de travail de l'assuré, avec effet au 30 octobre 2008.

Le 15 octobre 2008, l'assuré a été revu par le médecin d'arrondissement, qui a constaté que les pieds de l'assuré transpiraient énormément, que les arrières-pieds restaient fortement élargis par un œdème chronique, que les voûtes plantaires étaient toujours effondrées et que la mobilité de la tibio-astragaliennne demeurait réduite, avec blocage de la sous-astragaliennne et une amyotrophie importante des deux mollets.

Il a noté le découragement de l'intéressé et a préconisé un deuxième séjour à la CRR.

L'assuré s'est rendu à la CRR du 18 novembre au 17 décembre 2008. Au terme de son séjour, les Drs K._____ et W._____, médecin-assistant à la CRR, ont constaté dans leur rapport médical du 24 décembre 2008 que l'assuré se mobilisait, avec des chaussures adaptées, sans canne pour les courtes distances et sur terrains stables. L'incapacité de travail a toutefois continué à être totale. Ce séjour a en outre mis en évidence une consommation excessive d'alcool de l'assuré.

Dans son rapport du 12 mars 2009, le Dr F._____ a noté que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était lente mais favorable. Il a constaté une baisse des douleurs au niveau de la cheville droite mais une augmentation progressive des douleurs sous-taliennes gauche, relevant que la marche à pieds nus était encore impossible mais que l'assuré arrivait à se mobiliser sans moyen auxiliaire à l'aide de chaussures orthopédiques. Il a préconisé une arthrodèse sous-talienne gauche une fois les douleurs au pied droit maîtrisées.

Le 7 juillet 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a reconnu à l'assuré le droit à une rente complète du 1^{er} novembre 2007 au 31 mars 2009.

Le 15 janvier 2010, l'assuré a subi une arthrodèse sous-talienne du côté gauche. Selon le rapport médical du 10 mai 2010 établi par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'intervention s'est compliquée par une déhiscence de plaie avec des signes infectieux nécessitant des traitements locaux réguliers.

Le 29 janvier 2010, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre du processus de réinsertion initié par la CNA, l'assuré a suivi un stage d'observation et de réentraînement du 22 novembre au 10 décembre 2010, en qualité d'ouvrier en production auprès de M. _____ à [...]. Durant ce stage, l'assuré n'a pas pu dépasser un temps de travail de 50% sans ressentir de fortes douleurs. Il s'est par contre montré capable de réaliser des travaux de montage répétitifs, avec port de charges faibles et en position majoritairement assise. Il s'est dit satisfait de retravailler.

L'assuré a entamé un nouveau module de formation au mois de février 2011, interrompu en raison de vives douleurs ressenties dans les jambes. Il a été en incapacité de travail jusqu'au 5 mai 2011.

Le 2 septembre 2011, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du pied gauche.

Après cette intervention, le médecin d'arrondissement de la CNA a pratiqué un nouvel examen, le 1^{er} décembre 2011. Il a fait les constatations suivantes :

« Pieds nus et sans sa canne, le patient n'arrive pratiquement pas à marcher. En station debout, il se tient jambes écartées et il a de la peine à maintenir son équilibre. On note une importante amyotrophie des deux mollets. Les pieds, qui transpirent énormément, sont diffusément tuméfiés et ils présentent une dermite ocre extensive. Les arrière-pieds sont bloqués dans une bonne position mais ils restent fortement élargis et oedématisés avec des téguments infiltrés. A gauche, la cicatrice est invaginée, rougeâtre et un peu instable. Les voûtes plantaires sont totalement effondrées ».

Le médecin d'arrondissement a par ailleurs évoqué une algodystrophie, avec suspicion d'une arthrose débutante de la tibio-talienne et une éventuelle infection. Il a recommandé de nouvelles radiographies et une scintigraphie pour compléter le bilan médical de l'assuré.

Un troisième séjour à la CRR a été organisé pour l'assuré du 31 janvier au 28 février 2012. Dans le rapport médical du 28 mars 2012, les Drs K. _____ et H. _____, médecin-assistant à la CRR, ont relevé que la

situation paraissait stabilisée sur le plan médical. Ils ont observé une réaction de type algodystrophique, sans toutefois retenir ce diagnostic. Ils ont reconnu une incapacité de travail totale dans l'activité de monteur en échafaudages et une pleine capacité dans une activité adaptée en position assise, principalement avec possibilité d'alterner les positions assise et debout toutes les 30 minutes. Ils ont en outre indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : travaux accroupis, la marche en terrain irrégulier, la montée-descente d'escaliers répétée et la station debout prolongée.

Sur le plan psychiatrique, la Dresse R. _____, chef de clinique à la CRR, a fait état des constatations suivantes dans un consilium psychiatrique du 3 février 2012 :

« (...)

Sur la plan psychique, il n'a pas de plainte spontanée et, à la demande, il décrit son moral comme stable, n'ayant jamais eu de grosse phase de dépression, tout au plus des brèves périodes d'abattement dans les périodes post opératoires, liées à l'immobilité et aux douleurs.

(...) Sur le plan de l'humeur, on ne relève pour l'heure ni élévation, ni abaissement de la thymie, d'une quelconque valeur pathologique. La capacité de motivation, l'élan vital et l'accès au plaisir sont tout à fait conservés. Je ne relève pas de perturbation neurovégétative, l'appétit et le sommeil étant par ailleurs tout à fait préservés. (...).

D'un point de vue psychique, M. Gonzales ne présente aucun symptôme d'une psychopathologie notoire et il semble s'être plutôt bien adapté à un mode de vie sédentaire. Il est à même d'organiser son quotidien, d'entretenir des relations sociales et familiales épanouissantes. Il n'a pas de difficulté à se concentrer. Le sommeil et l'appétit sont parfaitement conservés. D'une manière générale, il a une vision positive de son état et même s'il affiche un discours plutôt résigné, celui-ci n'est pas associé à un sentiment d'abattement ».

Le médecin d'arrondissement a examiné une nouvelle fois l'assuré le 23 mai 2012. L'état des pieds et des chevilles de l'intéressé a permis de conclure à une incapacité de travail définitive dans l'ancienne profession, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée étant envisageable. Le Dr S. _____ a estimé qu'il convenait d'attendre encore

les observations et les propositions thérapeutiques du médecin-traitant de l'assuré avant de clore le cas.

La Dresse???._____, spécialiste anesthésiste et médecin auprès du [...], a préconisé un traitement contre la douleur par implantation d'électrodes percutanées. Elle a procédé à cette intervention le 5 novembre 2012.

Dans un rapport médical intermédiaire du 16 janvier 2013, la Dresse ???._____ a observé des douleurs réfractaires au traitement médicamenteux, aux infiltrations et à la physiothérapie ainsi que l'échec de la thérapie de neurostimulation. Le stimulateur médullaire test a été retiré le 19 novembre suivant.

Un nouvel examen auprès du médecin d'arrondissement le 25 février 2013 n'a pas permis de constater une stabilisation de l'état de santé, en présence d'une suspicion d'une réaction algodystrophique évoquée lors du dernier séjour de l'assuré à la CRR. Le médecin d'arrondissement a par ailleurs observé une thymie légèrement abaissée, avec une marche toujours très difficile.

Un quatrième séjour à la CRR a dès lors été mis en place du 19 mars au 16 avril 2013. Dans leur rapport du 23 avril 2013, les Dr K._____ et C._____, médecin-assistant à la CRR, n'ont noté aucune évolution significative de l'état de santé de l'assuré depuis son précédent séjour. Ils ont écarté la suspicion d'algoneurodystrophie active du pied et de la cheville gauche et n'ont proposé aucune nouvelle intervention, considérant en définitive que la situation du recourant était stabilisée du point de vue médical. Ils ont confirmé leurs précédentes observations [rapport médical du 28 mars 2012], en ce sens que dans une activité adaptée, l'assuré devait pouvoir travailler à plein temps.

Après cette hospitalisation, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA, a procédé à l'examen final de l'assuré. Dans son rapport du 5 juillet

2013, il a considéré que dans une activité essentiellement sédentaire, l'assuré pouvait faire valoir une pleine capacité de travail en respectant des limitations consistant en l'absence d'activité en position debout prolongée, de marche prolongée et en terrain irrégulier, de montée et de descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages. Il convenait également d'éviter les travaux en position à genoux ou accroupi. Le Dr J._____ a par ailleurs proposé de fixer le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 30%, pour deux arthrodèses sous-astragaliennes, sans pondération du taux.

Dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, le Dr N._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu, dans un avis médical du 25 octobre 2013, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sur le premier marché de l'emploi, en se fondant sur le rapport médical du 5 juillet 2013 établi par le Dr J._____.

Par communication du 13 mars 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'un stage d'orientation professionnelle effectué auprès du Centre O._____ à [...].

Ce stage s'est déroulé du 11 mars au 11 avril 2014, pendant lequel l'assuré a perçu les indemnités journalières de l'assurance-invalidité. Dans leur rapport du 10 avril 2014, les responsables de stage ont indiqué que l'assuré s'était rapidement plaint de douleurs au niveau des chevilles et des talons, de sorte qu'il n'avait été présent que cinq jours et demi depuis le début de la mesure. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, de tremblements observés au niveau des mains et d'un rendement estimé à 30-40%, les responsables du stage ont considéré qu'il ne possédait pas de potentiel de réadaptation suffisant pour prétendre à des mesures d'ordre professionnel, seule une activité adaptée (petits montages mécaniques simples, petits travaux de conditionnement) en atelier protégé et à temps partiel (maximum 50%) étant accessible. Sur le plan psychologique, l'assuré a fait état de

problèmes d'ordre privé (maladie d'un de ses proches), provoquant des insomnies et des ruminations.

Répondant à un formulaire médical de l'OAI le 29 avril 2014, le Dr X._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a mis en évidence lors d'une consultation du 23 mars 2014, une arthrite très inflammatoire des articulations des chevilles par travail en station debout avec piétinement, précisant que l'arthrite était fortement réactionnelle aux modalités du poste de travail. A la question de savoir si, d'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible, le médecin traitant a répondu par la négative. Une activité en position assise étant possible, la station debout statique devait être limitée à deux heures, deux fois par jour, avec pause. Le Dr X._____ a recommandé une augmentation progressive de la capacité de travail, précisant que la station debout prolongée était interdite.

Par communication du 23 septembre 2014, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien pour la recherche d'un emploi.

Par communication du 17 octobre 2014, la CNA a avisé l'assuré qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières et au paiement des soins médicaux au 30 novembre 2014 et qu'elle statuerait ultérieurement sur son droit à la rente et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision du 21 novembre 2014, la CNA a considéré que l'accident du 24 novembre 2006 donnait droit aux prestations suivantes :

« Rente d'invalidité

Les investigations sur le plan médical et économique mettent en évidence une diminution de la capacité de gain de 12.00 %. Le gain annuel assuré se monte à CHF 66'025.00.

Les prestations de la SUVA se montent à :

Du	Au	Incapacité de gain De gain	Rente mensuelle	Total par mois
----	----	-------------------------------	--------------------	-------------------

01.12.2014	12%	528.20
528.20		

[...]

Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que M. G._____ est à même, en ce qui concerne les séquelles de l'accident, d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse travailler en position alternée assise/debout ou essentiellement assise. Une telle activité est exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 53'457. Comparé au gain de CHF 60'671 réalisable sans l'accident, il en résulte une perte de l'ordre de 12%. Nous allouons dès lors une rente d'invalidité conforme à ce taux.

[...]

Indemnité pour atteinte à l'intégrité

Compte tenu de l'appréciation médicale, il résulte une atteinte à l'intégrité de 30.00%. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se calcule comme suit :

Accident du Gain annuel pour l'intégrité		Diminution de l'intégrité	Indemnité atteinte à
24.11.2006	106800.00	30.00	32040.00 »

[...] ».

Le 18 décembre 2014, l'assuré, représenté par son conseil Me Carole Wahlen, s'est opposé à cette décision. Il a contesté la stabilisation de son état de santé et a reproché à la CNA d'avoir ignoré les conséquences psychiques de l'accident dans l'évaluation de la capacité de travail. Il a par ailleurs observé que les conditions du stage auprès d'O._____ n'avaient pas respecté ses limitations fonctionnelles. Il a conclu à la mise en œuvre d'investigations médicales et de réinsertion complémentaires et, dans l'intervalle, à la poursuite du versement des indemnités journalières. Subsidiairement, il a conclu à la réévaluation de la

rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, en tenant compte des investigations précitées.

Par décision sur opposition du 21 janvier 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision querellée. La CNA a confirmé que le traitement médical des séquelles organiques de l'accident était terminé, justifiant qu'il soit mis un terme au versement des indemnités journalières. Elle a par ailleurs exclu toute affection psychique incapacitante chez l'assuré.

B. Par acte du 17 février 2015, G._____, représenté par son conseil Me Wahlen, a recouru contre la décision sur opposition en concluant à son annulation, et à la reprise du versement de l'indemnité journalière à compter du 1^{er} décembre 2014, dans l'attente de la mise en œuvre d'investigations médicales et de réinsertion complémentaires. En substance, le recourant reproche à l'intimée d'avoir ignoré l'incidence de l'accident sur le plan psychique et d'avoir apprécié de façon erronée son état de santé, en présence de plusieurs avis médicaux divergents. Le recourant a également considéré que la CNA avait manifestement mal constaté les faits en ne tenant pas compte de plaintes subjectives et des limitations non médicales de l'assuré décrites dans le rapport O._____. Il a encore rappelé que les conditions du stage O._____ n'avaient pas respecté ses limitations fonctionnelles. Enfin, le recourant a demandé la restitution de l'effet suspensif ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale destinée à déterminer le degré d'incapacité de travail.

Dans sa réponse du 27 mars 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par ordonnance du 6 avril 2015, le juge instructeur a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif, interprétée comme requête de mesures provisionnelles.

Par décision du 6 avril 2015, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 février 2015, celle-ci

comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Carole Wahlen. Cette dernière a produit sa liste des opérations et débours le 2 mai 2016.

E n d r o i t :

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

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

Formé le 17 février 2015 contre la décision sur opposition du 21 janvier 2015, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, répondant aux prescriptions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions

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

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

b) En l'occurrence, le litige porte sur l'étendue du droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents. Bien que les conclusions du recours ne soient pas très claires sur ce point, il ressort de la motivation présentée que le recourant conteste, d'abord, la fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical, et ensuite, subsidiairement, le taux d'invalidité sur lequel est fondée la rente allouée par l'intimée. Le recours ne dit rien de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Ainsi, la date fixée pour la stabilisation de l'état de santé du recourant est contestée. Le recourant critique également la capacité de travail retenue par la CNA dans une activité adaptée. En substance,

l'intimée aurait négligé de tenir compte, d'une part, d'éventuelles atteintes à la santé psychique, et d'autre part, aurait minimisé la portée des atteintes à la santé physique. Elle se serait fondée sur des rapports médicaux dont la valeur probante était insuffisante (rapports des médecins de la CRR et du médecin d'arrondissement), en négligeant l'avis contraire du Dr X._____, médecin traitant et les constats résultant des stages professionnels.

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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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

b) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente de l'assurance-accidents 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.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à

ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10% au moins (notamment TF 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 3.1).

c) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

Pour se prononcer sur la situation de l'assuré, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

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

Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été

établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

4. a) In casu, les médecins en charge du recourant à la CRR ainsi que le médecin d'arrondissement l'ayant examiné depuis l'accident du 24 novembre 2006 sont unanimes pour considérer que son état est demeuré stable, ce au plus tard à l'issue de son dernier séjour à la CRR. A cette date, il avait subi les interventions chirurgicales commandées par sa situation médicale, les 12 décembre 2006 et 10 juin 2008 s'agissant du pied droit, puis les 15 janvier 2010 et 2 septembre 2011 pour le pied gauche. Le recourant s'est par ailleurs rendu à quatre reprises à la CRR entre 2011 et 2014. Durant ces séjours d'une durée d'un mois chacun, il a notamment bénéficié de traitements de physiothérapie (mobilisation des chevilles, des avant-pieds, des genoux, étirement, drainage lymphatique, renforcement, exercices d'équilibre et proprioception, associés à des thérapies en individuel et en groupe) et de plusieurs adaptations du chaussage en vue de diminuer les douleurs aux pieds et favoriser la marche. Si l'ensemble de ces mesures ont permis d'améliorer la mobilité du recourant et réduire les douleurs, celles-ci n'ont pas pu être complètement éliminées, ainsi que l'a observé la Dresse???. _____ dans son rapport du 16 janvier 2013, laquelle rapporte des « douleurs réfractaires aux traitements médicamenteux, infiltrations, physiothérapie et neurostimulation ». Les médecins de la CRR ont pour leur part observé lors du dernier séjour du recourant que son état de santé n'avait pas évolué depuis son précédent passage en 2012. Ils n'ont proposé aucun traitement ou intervention nouvelle, considérant que sa situation était stabilisée du point de vue médical (rapport médical du 23 avril 2013). Quant au médecin d'arrondissement, il a d'abord recommandé un quatrième séjour auprès de la CRR pour écarter tout doute quant à la présence d'une algoneurodystrophie du pied et de la cheville gauche, avant de confirmer l'état stationnaire du recourant, lors de son examen final du 5 juillet 2013.

Il ressort de ces renseignements médicaux que les médecins de la CRR ont conclu à un état de santé stabilisé du recourant après un

suivi soutenu et une analyse circonstanciée et soignée de la situation. Ils ont ainsi considéré que s'il présentait toujours des douleurs persistantes et une boiterie à la marche, son état ne s'était plus amélioré, ni aggravé depuis son troisième séjour à la CRR. Pour s'en assurer et parvenir à cette même conclusion, le médecin d'arrondissement a organisé un quatrième séjour à la CRR pour le recourant. A cet égard, il est relevé que Dr X._____ ne s'est pas expressément exprimé sur cette question, le recourant n'ayant au demeurant produit aucun élément médical susceptible de remettre en question la stabilisation de son état de santé sur le plan physique. C'est donc à juste titre que l'intimée a fait sienne les conclusions des médecins consultés, et retenu un état stabilisé au plus tard lors du dernier séjour du recourant à la CRR, soit près de sept ans après le début de son incapacité de travail.

b) Le recourant a fait état de problèmes psychologiques liés à l'accident, justifiant le maintien du versement des indemnités journalières le temps que les investigations nécessaires soient réalisées. Contrairement à ce qu'il soutient, le volet psychologique a fait l'objet de plusieurs examens, qui n'ont pas mis en évidence la présence des troubles psychologiques allégués. Ainsi, en 2007, les Drs K._____ et L._____ à la CRR notaient une thymie globale maintenue, ne constatant aucun signe orientant vers un trouble dépressif ou un état de stress post-traumatique (rapport médical du 20 septembre 2007). Quant au Dr Z._____, également à la CRR, il observait au terme de son examen que « le tableau actuel ne [révéla]it pas de psychopathologie notoire susceptible de mesures thérapeutiques particulières » (consilium psychiatrique du 31 juillet R._____, à la CRR qui ne constatait chez le recourant aucun symptôme d'une psychopathologie notoire, précisant qu'il semblait « s'être plutôt bien adapté à un mode de vie sédentaire. Elle relevait par ailleurs qu'il avait « une vision positive de son état et même s'il affich[ait] un discours plutôt résigné, celui-ci n'[était] pas associé à un sentiment d'abattement ». Rapportant les propos du recourant, elle notait encore que s'il avait eu « de brèves périodes d'abattements dans les périodes post-opératoires », il n'avait fait état d'aucun épisode de dépression (consilium psychiatrique du 3 février 2012). Aussi, si les évaluations

psychiatriques précitées ont révélé des baisses de morale passagères chez le recourant, ainsi qu'il le rappelle dans ses écritures (recours du 17 février 2015), elles n'ont pas conduit au constat d'atteintes psychiques avérées. Au vu des observations rapportées par les Drs K._____ et I._____, ainsi que par les Drs R._____ et Z._____, qui sont au demeurant spécialistes en la matière, on peut attribuer à chacun de leur avis un caractère probant. Il n'y a pas d'éléments objectifs pour s'en écarter, ce d'autant que leurs constats ne sont contredits par aucune pièce au dossier. A cet égard, il est relevé que le recourant, qui prétend ressentir les conséquences de l'accident subi en 2006 sur son moral (recours du 17 février 2015), ne dit cependant pas avoir consulté de spécialiste en raison des troubles allégués, ce qui conforte l'autorité de céans dans son appréciation.

En définitive, vu ce qui précède, les conditions posées par l'art. 19 al. 1, première phrase, LAA, soit en particulier la stabilisation de l'état de santé du recourant, doivent être considérées comme réalisées. Cela justifie de mettre un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical à la date fixée par l'intimée. Une nouvelle expertise médicale, requise par le recourant, n'est pas nécessaire.

5. A ce stade, il convient d'examiner la capacité de travail et de gain du recourant, celui-ci contestant être en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée.

a) En l'espèce, il n'y a pas de divergence notable entre les différents diagnostics somatiques posés par les médecins consultés. Aucun ne nie que le recourant présente régulièrement encore des inflammations de l'arrière pied ou des chevilles et les médecins consultés s'accordent tous sur la nécessité d'une reconversion dans une activité essentiellement en position assise, en respectant des limitations consistant en l'absence d'activité en position debout prolongée, de marche prolongée et en terrain irrégulier, de montée et de descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages et en l'absence de travaux en

position à genoux ou accroupi. En revanche, l'avis des médecins de la CRR et du médecin d'arrondissement, d'une part, et celui Dr X._____, médecin traitant du recourant, diverge en ce qui concerne le taux d'activité encore raisonnablement exigible dans une telle activité. Les premiers admettent une pleine capacité de travail dans une telle activité, sous réserve des limitations fonctionnelles précitées, alors que le médecin traitant, tout en admettant une augmentation progressive de la capacité de travail, la limiterait à cinq heures par jour. Il n'explique toutefois pas pourquoi la capacité de travail doit être limitée dans cette mesure, dans une activité essentiellement assise, permettant à l'assuré de se lever régulièrement (toutes les demi-heures). Son avis n'est ainsi pas suffisant pour écarter les conclusions des médecins de la CRR et du médecin d'arrondissement, ce d'autant que le formulaire pré-imprimé qu'il a rempli le 29 avril 2014 à l'intention de l'OAI est peu détaillé, au contraire des rapports médicaux des médecins précités. L'appréciation du Dr X._____ semble corroborée par les observations des responsables des stages que le recourant a effectué auprès de M._____ (du 22 novembre au 10 décembre 2010) et O._____ (du 11 mars au 11 avril 2014), cette dernière organisation ne reconnaissant d'ailleurs une capacité de travail de 50% qu'en atelier protégé.

b) Toutefois, les constatations des médecins de la CRR reposent aussi sur des observations en ateliers professionnels effectuées lors des deux derniers séjours du recourant à la clinique, qui ont fait l'objet d'une discussion entre les responsables d'ateliers et les médecins. Elles se fondent donc sur une approche multidisciplinaire qui leur confère une plus grande valeur probante dans le cas d'espèce. Au demeurant, les constatations d'O._____ ne sont guère fiables en raison des arrêts de travail délivrés par le médecin traitant durant la mesure d'orientation professionnelle, qui avait retenu, à tort, que le stage imposait à l'assuré une station debout prolongée. Les maîtres de stage l'ont clairement démenti (rapport d'orientation professionnelle du 10 avril 2014). Cela ressort également d'un échange de courriel du 11 juillet 2014 entre les gestionnaires respectifs du dossier du recourant à la CNA et à l'OAI, où ce dernier assure que « toutes les LF [limitations fonctionnelles] ont été

respectées », précisant que « l'assuré affirme qu'il n'a jamais été obligé de travailler debout ».

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant du traumatisme subi en lien de causalité avec l'événement assuré, et ce malgré les séquelles qui subsistent et qui ne sont au demeurant niées ni par les médecins, ni par l'intimée.

6. Reste à vérifier le calcul du taux d'invalidité tel que retenu par l'intimé.

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

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

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

b) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches

Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898).

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

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899).

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

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

129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

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 (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) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa avec les références citées ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 171 s. p. 900), ou en fonction des données salariales résultant des descriptions de poste de travail (DPT) recueillies par la CNA auprès de différents employeurs (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 (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; 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 (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 (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). 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 (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; 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 (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; TF 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3).

c) En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les déclarations de salaire fournies par l'employeur conformément à l'art. 22 al. 4 OAA pour retenir un revenu hypothétique sans invalidité de 60'671 francs par an. Pour déterminer le revenu d'invalidé qu'elle a arrêté à 53'457 fr., l'intimée s'est fondée sur des descriptions de postes de travail figurant au dossier, à savoir trois comme collaborateur de production, un comme ouvrier d'atelier de perçage et un comme aide-mécanicien. Cette méthode de comparaison des revenus est conforme à la jurisprudence et ne prête pas le flanc à la critique. L'audition d'un conseiller professionnel d'un ORP ne permettrait pas de remettre en question les calculs opérés par l'intimée, contre lesquels le recourant ne soulève d'ailleurs aucun grief précis. Il n'est dès lors pas nécessaire de revenir plus avant sur cette comparaison.

7. En ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, à supposer qu'elle soit litigieuse, le recourant ne soulève pas davantage de grief, hormis l'allégation de troubles psychiques qui auraient été insuffisamment investigués. Comme on l'a vu, ce grief est mal fondé. Pour le surplus, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé par l'intimée correspond à celui proposé par le médecin d'arrondissement et il n'y a aucun motif de s'en écarter.

8. Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

a) Le recourant ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité - laquelle doit être fixée 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 (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]). Le conseil d'office a produit le 2 mai 2016 une liste de ses opérations pour un total de 1'521 fr. 70, dont 112 fr. 70 de TVA. Vérifiée d'office, cette liste ne prête pas le flanc à la critique, de sorte que le montant requis doit être alloué. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

b) Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 janvier 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accident est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Carole Wahlen, conseil du recourant, est arrêtée à 1'521 fr. 70 (mille cinq cent vingt et un francs et septante centimes).
- 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 à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Carole Wahlen (pour G. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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 :