

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 janvier 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Carole Wahlen,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, travaillait depuis le [...] 1981 en qualité de machiniste à plein temps auprès de l'entreprise P._____ à [...]. Il était de ce fait 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).

Le 12 juin 2009 à 10h.45, alors qu'il descendait dans une fouille, l'assuré a chuté et s'est blessé à son épaule droite.

Le cas a été pris en charge par la CNA. L'assuré a bénéficié le 2 octobre 2009, d'un geste chirurgical sous la forme notamment d'une réparation arthroscopique du tendon sus-épineux de l'épaule et d'une acromioplastie et résection de la clavicule distale.

Par décision du 18 septembre 2012, confirmée sur opposition le 9 juin 2015, la CNA a octroyé à l'assuré pour les séquelles accidentelles, une rente d'invalidité de 27% dès le 1^{er} septembre 2012 (basée sur un gain annuel assuré de 81'079 fr.) ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, correspondant à la somme de 18'900 francs.

Par arrêt de ce jour (cf. CASSO AA 74/15 - .../2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé le 9 juillet 2015 par l'assuré et confirmé la décision sur opposition du 9 juin 2015 de la CNA.

B. Selon une déclaration d'accident complétée par la Caisse de chômage [...] le 31 octobre 2013, l'assuré a été victime d'un accident le 27 octobre 2013. Il a glissé dans les escaliers de son immeuble et s'est blessé aux genoux en cassant également ses lunettes de vue. La partie du corps atteinte était les deux genoux. L'assuré était en incapacité de travail à 100% dès le jour de l'accident.

Dans un certificat du 28 novembre 2013, le Dr J._____, médecin-assistant à la Permanence de [...] à [...], ayant prodigué les premiers soins, a constaté un empâtement pré-rotulien gauche et posé les diagnostics de méniscopathie interne gauche, de contusion du genou droit et du genou gauche avec une bursite post-traumatique à gauche. Le traitement devait être réévalué auprès des orthopédistes du CHUV.

Selon un procès-verbal d'entretien téléphonique du 20 décembre 2013, l'assuré a indiqué suivre de la physiothérapie avec la prise d'antidouleurs. En raison d'une évolution défavorable (deux ponctions pratiquées pour enlever du liquide), une intervention chirurgicale au genou gauche était envisagée au CHUV en début 2014.

Le 4 février 2014, l'assuré a déclaré notamment ce qui suit lors d'un entretien dans les locaux de la CNA :

"[...] Le samedi 26 ou le dimanche 27.10.2013 (je ne me souviens plus), vers 11.30, je suis sorti de mon domicile pour aller prendre l'air comme tous les jours. J'ai emprunté l'escalier (j'habite au rez sup et il y a environ 7-8 marches pour arriver à la porte d'entrée). J'avais fait 2-3 marches quand ma tête s'est mise à tourner et que mon genou gauche a lâché. Cela m'a fait perdre l'équilibre en avant et j'ai terminé ma chute dans l'escalier jusque devant la porte d'entrée ; j'ai juste eu le temps de mettre mes 2 bras en avant pour l'amortir et éviter de taper la tête au sol. Dans la chute, mes 2 genoux ont fortement tapé le sol par chance.

J'ai réussi à me mettre à quatre pattes et à reprendre mes esprits ainsi pendant 2-3 minutes, puis je me suis péniblement relevé et je suis remonté chez moi. J'ai passé le dimanche au repos et comme j'avais trop mal, le lundi je me suis rendu chez le médecin à la [Permanence de] [...]."

Selon deux formules « Feuille-accident LAA pour les chômeurs » reçues les 10 et 17 mars 2014, le Dr J._____ attestait une incapacité de travail de l'assuré à 100% dès l'accident.

Dans un rapport du 20 mars 2014, complété le 29 mars 2014, le Dr V._____, médecin traitant du Centre Médical du [...] SA, a posé le diagnostic de contusion rotulienne gauche. Il mentionnait que l'assuré

était guéri à l'exception d'une bursite pré-rotulienne réactionnelle persistante.

L'assuré a été examiné le 16 avril 2014 par le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA, lequel s'est exprimé comme il suit dans son rapport du même jour :

"5. Appréciation

Notre assuré, machiniste, espagnol, au chômage, chute sur les deux genoux le 27.10.2013.

Le bilan radiologique ne fait état d'aucune lésion osseuse mais évoque une bursite pré-rotulienne post-traumatique.

Plusieurs ponctions ont été réalisées pour retirer du liquide. Le médecin-traitant a effectué deux infiltrations de cortisone.

Subjectivement, l'assuré garde des douleurs au niveau de la face antérieure du genou G. Celui-ci aurait tendance à présenter des épanchements récidivants. Un épisode d'œdème de tout le MIG est annoncé par l'assuré.

Objectivement, le genou G présente une bursite pré-rotulienne post-traumatique G. Les signes inflammatoires sont modérés.

A près de 6 mois de l'événement du 27.10.2013, notre assuré présente une bursite pré-rotulienne G ayant tendance à se chroniciser.

A ce stade, il y a une indication opératoire pour réaliser une bursectomie pré-rotulienne G.

Nous prions donc le Dr V._____ de bien vouloir adresser l'assuré à un chirurgien orthopédiste pour procéder à cette intervention. [...]

Il conviendra d'obtenir le protocole opératoire et de refaire un bilan à 3 mois après l'intervention pour réévaluer la situation, fixer une reprise de travail avec d'éventuelles limitations."

Selon trois formules « Feuille-accident LAA pour les chômeurs » reçues les 21 et 26 mai 2014 et le 11 juin 2014, le Dr J._____ attestait une incapacité de travail de l'assuré à 100% dès l'accident.

Le 12 juin 2014, le Dr L._____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, a effectué une bursectomie pré-rotulienne gauche. Dans un rapport du 27 juin 2014, ce praticien a posé les diagnostics de bursite hémorragique pré-rotulienne gauche (du 27 octobre 2013) et de surinfection d'une bursite pré-rotulienne gauche. Les suites opératoires sont restées simples. L'assuré était en incapacité de travail à 100% à compter de cette intervention jusqu'au 28 juillet 2014 (cf. certificat médical du 20 juin 2014 du Dr L.____).

Dans un questionnaire complété le 13 août 2014, le Dr L._____ a indiqué que le traitement n'étant pas terminé, l'assuré n'était pas à nouveau apte à travailler. Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du même jour avec l'assuré que son genou gauche restait problématique (perte de liquide) et qu'une nouvelle opération était envisageable.

Dans un rapport du 28 octobre 2014, le Dr L._____ a indiqué que l'assuré avait bénéficié, le 25 septembre 2014, d'une reprise de traitement (débridement de plaie, excision des berges et fermeture secondaire de plaie au niveau du genou gauche) en raison d'une déhiscence de plaie, pré-patellaire du genou gauche. L'évolution était lente mais favorable. L'assuré était en incapacité de travail à 100% depuis la première opération du 12 juin 2014.

C. Le 30 novembre 2014, l'assuré a été victime d'un nouvel accident non professionnel. Lors d'un premier entretien du 5 décembre 2014 avec le gestionnaire de la CNA, il a été décrit notamment ceci :

“Accident survenu le 30.11.14 au domicile de son beau-frère au [...] à [...].

Alors qu'il regardait la télévision en présence de son beau-frère et de sa nièce, il a soudainement eu envie de vomir. Il s'est levé pour se rendre aux toilettes. Il n'a pas eu le temps d'arriver à ces dernières qu'il s'est évanoui.

Il a chuté de sa hauteur pour des raisons inconnues. Il s'est tapé la tête au sol et s'est blessé aux genoux.

Lors de la chute, une dent a été touchée. [...]

Points de suture au front - arcade sourcilière droite - contusion au genou droit - augmentation des douleurs au niveau du genou gauche qui est en traitement pour les suites de l'accident portant le No [...] [...]
Accident apparemment de peu de gravité."

Dans un rapport du 17 décembre 2014, le Dr V. _____ a posé le diagnostic de blessures au visage et poly-contusions. Le traitement consistait en des points de suture et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Les radiographies excluaient une fracture.

La CNA a servi ses prestations (prise en charge des frais de traitement uniquement) pour les suites de cet accident n. [...].

D. Le 2 décembre 2014, le Dr L. _____ a posé le diagnostic d'amyotrophie du quadriceps consécutive à la prise en charge d'une bursite infectieuse du genou. Il a exposé que l'assuré bénéficiait de séances de physiothérapie et a demandé son accord à la CNA pour compléter la prise en charge du patient avec l'adaptation d'un Compex®.

Dans un rapport du 29 décembre 2014, le Dr L. _____ a réitéré sa demande de prise en charge de l'utilisation complémentaire d'une électro-stimulation par appareillage Compex® en raison d'une « amyotrophie importante » du quadriceps développée chez l'assuré. Le suivi était mensuel. Le Dr L. _____ précisait ne plus délivrer d'arrêt de travail en présence d'un genou pas complètement renforcé avec les limitations suivantes : éviter le travail en terrain irrégulier ou le port de charges, la montée et la descente des escaliers itératives.

Le 2 février 2015, la CNA a admis la prise en charge des coûts de location de l'appareil Compex® pour une durée de trois mois au maximum.

Selon une formule « Feuille-accident LAA pour les chômeurs » reçue le 2 mars 2015, le Dr V. _____ attestait toujours une incapacité de travail de l'assuré à 100%.

L'assuré a été revu le 4 mars 2015 par le médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA. Dans son rapport du même jour, le Dr [...], a fait les observations suivantes puis s'est prononcé comme il suit:

"Constatations

Le patient marche avec une canne dans la main G mais celle-ci est mal réglée et beaucoup trop longue, on observe qu'il ne s'appuie pas du tout sur cette canne. Taille : 158 cm. Poids : 64 kg.

La marche à pieds nus dans la salle d'examen s'effectue sans boiterie. La marche sur les talons est réalisée correctement. Lors de la marche sur la pointe des pieds, l'assuré annonce des douleurs à la face interne et à la face externe du genou G.

L'accroupissement s'effectue aux 2/3, le relèvement est aisé.

La station monopodale peut être tenue alternativement du côté G et du côté D mais le sautillement unipodal G est déclaré irréalisable.

En décubitus dorsal, les membres inférieurs montrent un varus à 2 TDD intercondyliens. Présence d'une cicatrice antérieure pré-rotulienne au niveau du genou G qui mesure au total 85 mm. La cicatrice est fine, souple et non adhérente au plan profond. Il n'y a pas de récurrence locale de bursite. Le genou G est exempt d'épanchement. Sa mobilité en flexion-extension est de 125-0-0° contre 145-0-0° à droite. Le genou G est stable dans les plans frontal et sagittal. Les manœuvres méniscales sont sp.

Examen dans la norme des deux hanches et du genou D.

A la mesure de circonférence des cuisses, 15 cm au-dessus du pôle supérieur de la rotule, on obtient 43 cm à gauche contre 42,5 cm à droite. Au niveau des mollets, la circonférence mesurée 15 cm en-dessous du pôle inférieur de la rotule est équivalente ddc à 29,5 cm.

Appréciation

Notre assuré, machiniste, espagnol, au chômage, chute sur les deux genoux le 27.10.2013.

Le bilan radiologique est sp et on mentionne une bursite pré-rotulienne post-traumatique G.

Une ponction évacuatrice est effectuée au niveau du genou G par le Dr V. _____ et l'assuré est vu à l'agence le 16.04.2014. On constate, cliniquement, une bursite inflammatoire pré-rotulienne G pour laquelle on propose une bursectomie qui sera effectuée par le Dr L. _____ le 12.06.2014.

Les suites post-opératoires sont compliquées d'une déhiscence cicatricielle de résolution spontanée sous traitement conservateur.

Le 30.11.2014, l'assuré chute sur le visage. La prise en charge nécessite des points de suture au niveau de l'arcade sourcilière D ainsi qu'une prise en charge de médecine dentaire pour une lésion des dents.

Subjectivement, l'assuré signale un œdème occasionnel du genou G. Il marche avec une canne dans la main G, y compris à domicile. Son périmètre de marche n'excède pas 45 minutes à plat et l'assuré déclare présenter une fatigue précoce de la jambe G.

Objectivement, son discours est logorrhéique. Il évoque des troubles de la vue, il signale des plaintes au niveau de l'épaule D ([...]). Son genou G est toutefois calme avec une cicatrice non inflammatoire. Il n'y a pas de récurrence de bursite. Le genou G est exempt d'épanchement. Sa mobilité est complète. Le rabot rotulien est négatif. Le genou G est stable dans les plans frontal et sagittal. Il n'y a aucune amyotrophie objectivable à la mesure de la circonférence de la cuisse et du mollet, par rapport au côté sain.

On doit admettre que la situation médicale est stabilisée pour ce qui concerne les suites de l'accident du 27.10.2013. Il en est de même pour ce qui concerne l'accident [...] du 30.11.2014.

Les limitations pour l'épaule D figurant dans le rapport d'examen final du 10.04.2012 ([...]) par le Dr F. _____ restent valables.

Pour les suites de l'accident concernant le genou G ([...]), l'activité de machiniste peut être reprise en plein dès le 09.03.2015, ceci sans limitation de rendement.

Les suites de cet accident ne donnent droit à aucune IPAI.

Restent à la charge de la Suva et ceci pour encore 9 séances au maximum : le traitement de physiothérapie et le suivi médical jusqu'à 1 an après l'intervention du 12.06.2014."

Par décision du 13 mars 2015, la CNA a signifié à l'assuré que de l'avis de son service médical, pour les suites de ses accidents des 27 octobre 2013 et 30 novembre 2014, celui-ci bénéficiait d'une pleine capacité de travail, ce dans le cadre de la rente allouée pour les suites de l'accident du 12 juin 2009. Il a été mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 12 mars 2015, la CNA poursuivant la prise en charge de neuf séances de physiothérapie et le suivi médical nécessaire jusqu'à un an après l'opération du 12 juin 2014.

A teneur de deux formules « Feuille-accident LAA pour les chômeurs » reçues les 20 mars et 7 avril 2015, le Dr V. _____ attestait encore une incapacité de travail de l'assuré à 100%.

L'assuré a formé opposition le 9 avril 2015 contre la décision rendue le 13 mars 2015 par la CNA. Il contestait avoir recouvré une pleine capacité de travail en lien avec son accident du 27 octobre 2013 au genou gauche. Il demandait la reprise du versement de l'indemnité journalière. L'opposant a produit à cet effet un courrier du 1^{er} avril 2015 du Dr V. _____ adressé à son avocate, et dont il ressort ce qui suit :

“Cher Maître

Je suis un peu perplexe pour vous conseiller utilement dans la défense du dossier de Monsieur T. _____. En effet et à mon sens, le deuxième accident celui du genou gauche ne pourra en aucun cas déboucher sur un arrêt de travail de longue durée, même si les conséquences de cet accident ne sont pas terminées actuellement, douleurs et raideur du genou subsistent ainsi [qu'] une atrophie musculaire de la cuisse gauche.

En revanche, l'accident de l'épaule droite montre des séquelles sévères et définitives, douleurs constantes et trouble net de la mobilité de l'épaule dont l'élévation se fait à angle droit au maximum.

Cette situation évolue chez une personnalité frustrée, mal scolarisée, désocialisée, sans réseau social actif, avec de surcroît trouble de la vue ainsi qu'un état dépressif avéré.

J'ai le sentiment que mon patient est définitivement incapable de travailler même s'il reste une capacité de travail théorique totale (?) quasi certaine. Celle-ci demeure extrêmement difficile à mettre en œuvre dans le contexte indiqué, et le climat social et économique actuel.

Je fais bien évidemment partie de ceux qui le protègent et aussi longtemps que cela s'avérera nécessaire.

Je serai donc attentif de toute suggestion de votre part allant dans ce sens.

Je joins toutes pièces importantes de son dossier, qui pourraient être utiles pour sa défense. Veuillez croire, Cher Maître, [à] ma parfaite considération.”

Le même jour, l'avocate de l'assuré a également formé opposition contre la décision du 13 mars 2015. Elle alléguait d'une part des discordances entre l'évaluation du médecin d'arrondissement de la CNA et l'avis des médecins consultés par l'assuré qui contredisaient la stabilisation de la situation justifiant la fin du versement des indemnités journalières. D'autre part, les troubles psychiques n'avaient à tort pas été

pris en considération malgré l'existence de rapports faisant état de tels symptômes, en particulier celui du 1^{er} avril 2015 des psychiatres traitants du Centre de psychiatrie et psychothérapie [...]. Il était également trop tôt pour se prononcer sur le droit éventuel de l'opposant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). L'intéressé sollicitait en conséquence, la mise en œuvre d'investigations médicales et de réinsertion professionnelle complémentaires. Le rapport précité du 1^{er} avril 2015 ainsi qu'une nouvelle « Feuille-accident LAA pour les chômeurs » complétée le 19 mars 2015 par le Dr V._____ attestant une incapacité de travail à 100% ont notamment été produits.

Le 19 juin 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par le conseil de l'assuré contre sa décision du 13 mars 2015. Se référant à l'appréciation du Dr N._____ s'agissant des suites des accidents des 23 octobre 2013 et 30 novembre 2014 affectant le genou gauche, la CNA a confirmé que l'activité de machiniste pouvait être reprise en plein dès le 9 mars 2015 sans limitation de rendement. L'assureur a retenu en outre que les suites de ces accidents ne donnaient pas droit à une rente supplémentaire à celle de 27% octroyée avec effet au 1^{er} septembre 2012 pour les séquelles au membre supérieur droit résultant de l'accident du 12 juin 2009 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Seuls restaient dès lors à sa charge, neuf séances de physiothérapie au maximum et le suivi médical jusqu'à un an après l'intervention du 12 juin 2014. La CNA a relevé que les avis des Drs L._____ et V._____ ne rediscutaient pas valablement la stabilisation de l'état de santé retenue par le Dr N._____ étant donné l'absence d'un traitement médical déterminant au-delà du 12 mars 2015. L'assureur-accidents a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles de la sphère psychiatrique invoqués et les accidents des 27 octobre 2013 et 30 novembre 2014 ; ces derniers devaient être classés, objectivement, dans la catégorie des événements banals, voire tout au plus moyens, mais à la limite inférieure. Selon la CNA, dans chaque cas, les critères jurisprudentiels pour l'appréciation de la causalité adéquate de cette catégorie d'accidents ne se cumulaient pas et/ou ne revêtaient pas l'intensité requise.

E. Par acte du 12 août 2015, T._____, représenté par Me Carole Wahlen, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision en concluant avec dépens, à son annulation ainsi qu'au renvoi du dossier de la cause à la CNA pour complément d'instruction sur le plan médical, puis nouvelle décision. Dans l'intervalle des résultats de ces investigations, il a conclu à la reprise du versement par l'intimée des indemnités journalières dès le 12 mars 2015. Le recourant conteste le bien-fondé de l'appréciation de son état de santé par le médecin d'arrondissement, le Dr N._____. Il oppose l'avis de son médecin traitant du 1^{er} avril 2015, le Dr V._____, lequel estimait alors que les conséquences de l'accident au genou gauche n'étaient pas terminées, avec douleurs et raideur qui subsistaient et une atrophie musculaire de la cuisse gauche. En ce sens, le 19 mars 2015, le médecin traitant attestait toujours une incapacité de travail totale du recourant. De plus et bien qu'il était informé d'une fatigue précoce de la jambe gauche lors de marches soutenues, le Dr N._____ aurait tenu la situation pour stabilisée en lien avec les deux accidents des 27 octobre 2013 et 30 novembre 2014. Compte tenu de la contradiction entre les pièces à son dossier, l'intimée était tenue de procéder à des investigations médicales complémentaires avant de rendre sa décision. Le recourant observe à ce propos que, contrairement au médecin d'arrondissement, le Dr V._____ a estimé pour sa part qu'il était trop tôt pour nier le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). D'avis que le rapport médical du 1^{er} avril 2015 des psychiatres traitants du Centre de psychiatrie et psychothérapie [...] atteste un rapport de causalité entre les accidents et ses troubles psychiques, le recourant fait état d'investigations menées par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il produit en ce sens une lettre adressée en réponse le 15 avril 2015 à son conseil, dans laquelle l'OAI indiquait rester dans l'attente de la position de la CNA avant de soumettre le cas à son service médical pour prise de position. Le recourant fait ainsi également grief à l'intimée de s'être rendue coupable d'une violation de son droit d'être entendu pour ne pas avoir ordonné, en son temps, les mesures d'instruction nécessaires avant de rendre sa décision.

Par prononcé du 13 août 2015 faisant suite à la demande déposée, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 août 2015, soit l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Carole Wahlen.

Dans sa réponse du 12 octobre 2015, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. Elle estime ne pas avoir fait preuve d'arbitraire en privilégiant les constatations et conclusions du rapport d'examen du 4 mars 2015 de son médecin d'arrondissement, le Dr N._____. Elle observe que cette appréciation rejoint entièrement les constatations du Dr L._____ et du Dr V._____. L'intimée maintient pour terminer que les critères énoncés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques n'étant pas remplis en l'espèce, les affections de la sphère psychique du recourant ne sont pas en relation de causalité avec les accidents subis en 2013 et 2014.

Par réplique du 10 novembre 2015, le recourant a précisé ses conclusions antérieures en requérant, à défaut d'un examen médical effectué par l'OAI, la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire permettant de déterminer son degré d'incapacité de travail, y compris dans une activité adaptée, suite aux accidents des 27 octobre 2013 et 30 novembre 2014.

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 sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; 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 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du

recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) 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).

c) En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

d) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date des accidents assurés (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF [Tribunal fédéral] 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

b) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimée de s'être livrée à une appréciation erronée de la situation, contestant la stabilisation de son état de santé retenue au plus tard le 12 mars 2015. En se référant

à l'évaluation de son médecin d'arrondissement remplaçant, la CNA ne tiendrait à tort pas compte de l'influence sur sa capacité de travail de ses troubles psychiques. Ne retenant que les séquelles organiques consécutives aux accidents des genoux, l'intimée a mis fin à ses prestations avec effet au 12 mars 2015 en refusant également au recourant le droit à une rente supplémentaire à celle de 27% octroyée avec effet au 1^{er} septembre 2012 en lien avec les séquelles au membre supérieur droit résultant de l'accident du 12 juin 2009 et celui à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

3. a) Le recourant invoque, sur le plan formel, une violation de son droit d'être entendu de la part de la CNA pour ne pas avoir donné suite à sa requête d'instruction complémentaire sur le plan médical.

b) Il sied de rappeler qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; TF 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.4.2 et 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). Au demeurant et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités).

c) S'agissant des investigations complémentaires, en particulier sur le plan psychiatrique, requises par l'assuré dans la procédure administrative, la CNA pouvait valablement les écarter en procédant à une appréciation anticipée des preuves, dans la mesure où, comme on le verra ci-dessous, les investigations sollicitées par le recourant, qui prennent désormais la forme de l'expertise médicale judiciaire requise en réplique, n'étaient de toute manière d'aucun secours en vue d'établir les faits pertinents pour trancher le présent litige. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'administration n'avait pour

le surplus aucune obligation de donner suite aux mesures demandées étant précisé qu'il n'existe en particulier pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance.

4. 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).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1).

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). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2 et 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de la vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées; 119 V 338 consid. 1). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (TF 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, 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 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

c) La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé 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).

Selon la jurisprudence, 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).

S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci 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 permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Les avis émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admis avec réserve, il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (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).

d) 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).

5. En l'espèce, le litige porte en premier lieu sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au plus tard au 12 mars 2015, lequel conteste implicitement que l'intimée était en droit de mettre un terme au versement de ses prestations à cette date. Le recourant rediscute à cet égard le bien-fondé de l'évaluation du médecin d'arrondissement remplaçant de l'intimée, le Dr N._____, en invoquant des rapports opposés de ses médecins, dont en particulier celui du 1^{er} avril 2015 du Dr V._____, qui, selon lui, sont déterminants sur le plan somatique.

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

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).

b) En présence en l'espèce, d'une bursite inflammatoire pré-rotulienne gauche observée le 16 avril 2014 ensuite d'un accident du 27 octobre 2013, une bursectomie est pratiquée le 12 juin 2014 par le Dr L._____. Les complications post-opératoires (à savoir une déhiscence cicatricielle) nécessitent une reprise de traitement le 25 septembre 2014 d'évolution lente mais favorable sous traitement conservateur. Le recourant est en incapacité de travail à 100% dès le 12 juin 2014, date de la première intervention (cf. rapport du 28 octobre 2014 du Dr L._____.). Le 30 novembre 2014, il est victime d'une chute sur le visage qui a nécessité uniquement des points de suture au niveau de son arcade sourcilière droite ainsi qu'un traitement pour lésion dentaire. Cet accident est qualifié d'« apparemment de peu de gravité » (cf. procès-verbal de premier entretien du 5 décembre 2014 de l'assuré avec le gestionnaire de la CNA). Lors de son examen clinique du 4 mars 2015, le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, observe un genou gauche objectivement calme avec une cicatrice non inflammatoire, sans récurrence de bursite, exempt d'épanchement et dont la mobilité est complète. Le médecin d'arrondissement mentionne un rabot rotulien négatif avec un genou stable dans les plans frontal et sagittal. Il n'objective de surcroît pas d'amyotrophie à la mesure de la circonférence de la cuisse et du mollet, en regard du côté sain (cf. rapport d'examen du 4 mars 2015 du Dr N._____, p. 4 et 5). Ce praticien considère dès lors la situation stabilisée pour ce qui concerne les suites des accidents de 2013 et 2014. Il observe que pour les suites de l'accident au genou gauche, l'activité de machiniste

peut être reprise à 100% dès le 9 mars 2015, ceci sans limitation de rendement.

Dans son rapport du 29 décembre 2014, le Dr L._____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, constate sur le plan local, une évolution favorable avec une cicatrice calme en voie de fermeture. Il relate cependant le développement d'une amyotrophie importante au niveau du quadriceps qui nécessite un renforcement individuel ainsi que physiothérapeutique en sollicitant la prise en charge d'une électro-stimulation complémentaire telle que le Compex®. Le recourant a bénéficié d'un tel traitement en sus de séances de physiothérapie. L'amyotrophie a totalement disparu le 4 mars 2015 déjà, le Dr N._____, relevant une circonférence des cuisses et des mollets comparable (43 cm à gauche contre 42,5 cm à droite pour les cuisses et 29,5 cm au niveau des mollets des deux côtés ; cf. rapport d'examen du 4 mars 2015 du Dr N._____, p. 4). L'appréciation du médecin d'arrondissement quant à la reprise de l'activité de machiniste en plein au mois de mars 2015 n'est pas contredite par le Dr L._____. Dans son rapport du 29 décembre 2014, cet orthopédiste admet en effet l'absence d'incapacité de travail de son patient en précisant ne plus délivrer d'arrêt de travail. Il mentionne uniquement les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le travail en terrain irrégulier ou le port de charges, la montée et la descente des escaliers itératives. Les constatations du médecin d'arrondissement sont ainsi intégralement corroborées par celles du spécialiste ayant opéré et suivi le recourant.

Il n'en va pas différemment de l'opinion du médecin traitant. Dans son rapport du 1^{er} avril 2015, le Dr V._____ signale que le deuxième accident (du 27 octobre 2013), soit celui du genou gauche, ne « pourra en aucun cas déboucher sur un arrêt de travail de longue durée ». Il poursuit certes en déclarant que les conséquences de cet accident ne sont pas terminées et que des douleurs et raideur du genou subsistent ainsi qu'une atrophie musculaire de la cuisse gauche. Ces dernières constatations ne sont toutefois pas documentées, de sorte qu'elles ne sauraient valablement discuter celles objectives de l'examen

clinique du 4 mars 2015 du Dr N._____. Le Dr V._____ ajoute d'ailleurs en lien avec la capacité de travail de l'assuré qu'« il reste une capacité de travail théorique totale », rejoignant le médecin d'arrondissement de la CNA. Quant à la formule « Feuille-accident LAA pour les chômeurs » du 19 mars 2015, complétée par le Dr V._____, à l'instar de celles précédentes déjà toutes au dossier de l'intimée, elle n'est pas documentée. Ces pièces ne sauraient donc être suivies.

c) Cela étant, les constatations du Dr N._____ - suivies par la CNA dans sa décision - se basent sur des examens cliniques, font état des plaintes du recourant, sont exemptes de contradictions et relèvent d'une étude fouillée du cas de celui-ci. Ses conclusions, objectives et rigoureusement motivées, ne sont pas remises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux. Elles ont ainsi pleine valeur probante.

Au vu des éléments précités, l'état du genou gauche, s'il nécessitait encore des séances de physiothérapie, s'est stabilisé durant l'hiver 2014 déjà. Vers la mi-mars 2015 au plus tard, il n'y avait plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé du recourant pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il existe sur le plan somatique, une pleine capacité de travail du recourant au plus tard le 12 mars 2015 dans l'activité de machiniste et sans limitation de rendement. La CNA était ainsi en droit de mettre fin à ses prestations et notamment au versement d'indemnités journalières à cette date (art. 19 al. 1 LAA; ATF 134 V 109 consid. 4.3), ce d'autant plus en l'absence de mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité. En présence d'un état stabilisé, le Dr N._____ - suivi par l'intimée dans sa décision - était fondé à statuer par ailleurs sur l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité (IPAI), étant rappelé que celle-ci se détermine uniquement d'après les constatations médicales, son évaluation incombant 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 (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 avec les références citées).

Il reste à examiner à ce stade s'il existe un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et les accidents assurés de 2013 et 2014, comme celui-ci le prétend.

6. a) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références).

b) En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique 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 (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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.

L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.3) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

c) En l'espèce, la CNA a considéré que tant l'accident du 27 octobre 2013 que celui du 30 novembre 2014 doivent être classés dans la catégorie des événements banals, voire tout au plus moyens, mais à la limite inférieure. L'autorité a estimé qu'aucun des critères posés par la jurisprudence ne pouvait être retenu. Aussi bien a-t-elle nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les accidents en question et les troubles psychiques présentés par l'assuré.

La Cour de céans n'a pas de motif de revenir sur cette appréciation ; l'accident de 2013 a trait à une glissade dans les escaliers sur une distance d'environ cinq marches avec réception sur les genoux alors que celui de 2014 consiste en une banale chute de la hauteur de l'assuré de peu de gravité au vu de son déroulement. C'est en effet le

déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. Lors de l'événement du 27 octobre 2013, l'assuré a subi un choc à ses genoux, occasionnant une lésion persistante (une bursite pré-rotulienne post-traumatique) à celui gauche. On ne saurait, de toute évidence, conférer un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant à ces accidents; le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. Le premier critère n'est pas rempli, dès lors que les deux accidents ne sont pas caractérisés par des circonstances particulières. La lésion subie au genou gauche ne peut pas être qualifiée de grave dès lors que le bilan radiologique exclut toute lésion osseuse et qu'à six mois de l'événement du 27 octobre 2013, elle se chronicise pour finalement permettre au recourant de recouvrer une pleine capacité de travail en tant que machiniste. Le traitement médical n'a pas été anormalement long, en présence d'une bursite infectieuse du genou impliquant une reprise le 25 septembre 2014 avec une suite favorable. Les conséquences rapportées par le médecin traitant le 1^{er} avril 2015, à savoir la persistance de douleurs et raideur comme une atrophie musculaire de la cuisse gauche n'ont pas été objectivées par le médecin d'arrondissement. Elles s'insèrent plus vraisemblablement dans une symptomatologie développée par l'assuré depuis ses accidents et dont le discours est qualifié de logorrhéique (cf. à ce propos le rapport d'examen du 4 mars 2015 du Dr N._____, p. 5). Le traitement n'a pas été entaché d'erreurs entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. De même, objectivement, il n'a été observé ni difficultés apparues au cours de la guérison, ni complications importantes. L'évolution du recourant s'est au contraire révélée rapidement favorable sous traitement conservateur d'une déhiscence cicatricielle à la fin septembre 2014. Pour terminer, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est également pas rempli. Tant de l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA que de celui des médecins traitants, s'il ne travaille certes plus depuis plusieurs années, le recourant dispose toutefois d'une capacité médico-théorique à la reprise en plein d'une activité adaptée sur le plan somatique, au plus tard au printemps 2015.

En présence d'accidents qui doivent tous deux être classés dans la catégorie des événements banals, voire tout au plus moyens, mais se situant à la limite des accidents de peu de gravité et en l'absence en l'espèce, de cumul des circonstances à prendre en considération ou d'intensité particulière de celles-ci, l'intimée était par conséquent fondée à nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les accidents de 2013 et 2014 et les troubles psychiques développés ensuite par le recourant. C'est dès lors à juste titre que la CNA a refusé d'engager sa responsabilité sur ce plan et a mis fin à ses prestations avec effet au 12 mars 2015, considérant exclusivement les séquelles accidentelles organiques du recourant.

7. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise médicale judiciaire du recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; TF 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et les références).

8. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

a) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC 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. Celui-ci a produit sa liste des opérations expliquant que celle-ci comprenait les opérations liées aux deux recours interjetés contre les décisions sur opposition rendues par la CNA. Les opérations qu'il a été possible d'imputer à tel ou tel dossier l'ont été alors que les autres sont comptabilisées par moitié dans chaque dossier. Ainsi, pour ce dossier, c'est un total de 5h53 (3h30 + 2h23), dont 48 minutes effectuées par l'avocat breveté et le solde par un avocat-stagiaire (5h05). C'est ainsi un montant de 704 fr. qui doit être fixé. Il y a lieu d'ajouter les débours par 35 fr. 20, soit au total 739 fr. 20. Il y a lieu d'ajouter la TVA par 8%, soit 59 fr. 15. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 798 fr. 35.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés le cas échéant à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 19 juin 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Carole Wahlen, conseil du recourant, est arrêtée à 798 fr. 35 (sept cent nonante-huit francs et trente-cinq centimes), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Carole Wahlen (pour T. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance 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).

Le greffier :