

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2017

Composition : Mme THALMANN, juge unique
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

N._____, à [...] (France), recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; art. 36 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1953, sans formation, travaillait en tant qu'affûteur auprès de l'entreprise X. _____ et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels, les accidents non professionnels et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 19 juin 1995, il a été victime d'un accident professionnel, recevant un morceau de bois dans l'œil gauche alors qu'il tronçonnait une planche, ce qui a entraîné une contusion de l'œil avec plaie cornéenne. Le cas a été pris en charge par la CNA. L'assuré a repris son activité à temps complet en janvier 2000.

Le 6 septembre 2007, l'assuré a fait une chute sur son lieu de travail, tombant sur le côté droit. Cet accident a entraîné une lésion de la face profonde de la coiffe des rotateurs et un conflit sous-acromial de l'épaule droite. La CNA a pris en charge le cas. L'évolution ayant été favorable, l'assuré a repris son activité à 50 % le 16 juillet 2008, puis en plein le 18 août 2008.

Le 2 octobre 2008, l'assuré a subi un nouvel accident professionnel, se blessant au pouce gauche en coupant un panneau. Après une période d'incapacité de travail totale, il a repris progressivement son activité le 26 novembre 2008, jusqu'au taux de 100 % dès le 4 mars 2009. La CNA a également pris en charge les suites de ce cas. Interrogée sur le droit à une indemnité pour atteinte l'intégrité (ci-après : IPAI), la Dresse G. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a répondu par la négative dans une note du 31 juillet 2009, au motif que l'atteinte était uniquement sensitive.

Par déclaration de sinistre du 4 octobre 2012, l'assuré a annoncé une rechute de l'atteinte du 6 septembre 2007, survenue sous

forme d'une rupture des tendons le 24 août 2012, à la suite de laquelle l'assuré a cessé son activité professionnelle. La CNA a encore une fois pris en charge les suites du cas.

b) L'assuré a séjourné à la Clinique C._____ (ci-après : la Clinique C._____) du 19 juin 2013 au 23 juillet 2013. Dans le rapport consécutif, du 29 août 2013, la Clinique C._____ a conclu à une incapacité totale de travailler dans la profession actuelle d'affûteur jusqu'au 23 août 2013. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable pour des raisons médicales. Les limitations fonctionnelles définitives consistaient en l'absence de port de charges de plus de 15 kg répété et d'activités au-dessus du niveau des épaules. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était défavorable en lien avec des facteurs contextuels (âge, absence de qualification).

Le Dr R._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen médical final et rendu un rapport le 15 janvier 2014. Il a conclu, d'un point de vue assécurologique, que l'épaule droite justifiait, dans une activité professionnelle parfaitement adaptée, les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort avec le membre supérieur droit éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif du membre supérieur droit éloigné du tronc et pas de mouvement avec le membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules, le bras accolé au tronc, pas de mouvement répétitif de rotation interne ou externe contre-résistance correspondant au port de charges de plus de 10 kg. Pas de port de charges avec le membre supérieur droit de plus de 15 kg. Dans une telle activité, l'assuré avait une capacité de travail totale. Le Dr R._____ a par ailleurs observé que l'état de l'épaule droite du patient correspondait, par équivalence, à une épaule présentant une périarthrite scapulo-humérale moyenne, ce qui lui ouvrait un droit à une IPAI de 10 % selon les tables d'indemnisation de la CNA

L'employeur n'étant pas à même de fournir un poste adapté à l'assuré, ce dernier a été licencié pour le 31 mai 2014.

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 5 juin 2014 entre l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), auprès duquel l'assuré avait déposé une demande de prestations, et la CNA que l'intéressé, qui avait suivi un stage d'évaluation de ses capacités professionnelles, n'avait pu trouver une activité correspondant à ses limitations fonctionnelles. L'OAI estimait qu'il existait une capacité médico-théorique, mais qui ne pouvait pas être exploitée dans l'économie.

Dans un rapport du 20 juin 2014, le Dr J._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a observé que l'assuré avait droit à une IPAI pour l'atteinte à l'œil gauche, mais il avait besoin de précision concernant cette atteinte (pseudophaquie ou aphaquie) pour pouvoir la fixer. L'acuité visuelle n'était pas gravement limitée et l'on n'était pas en présence d'une limitation fonctionnelle ophtalmologique importante.

c) Le 24 octobre 2014, la CNA a rendu une décision faisant référence à l'accident du 6 septembre 2007, allouant à l'assuré une rente d'invalidité de 21 % dès le 1^{er} septembre 2014. La CNA a retenu les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr R._____ et a déterminé le revenu réalisable avec l'invalidité sur la base des données ressortant des descriptions de poste de travail (DPT). La CNA a par ailleurs alloué au recourant une IPAI de 10 %.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 6 novembre 2014. Il a observé que les explications et les conclusions de la décision contestée étaient compréhensibles, mais qu'elles ne prenaient pas en considération les accidents à l'œil et au pouce, qui dans l'ensemble causaient un handicap, une incapacité et une IPAI plus importants.

Par décision sur opposition du 14 novembre 2014, la CNA a confirmé l'évaluation du taux d'invalidité, fondé sur les séquelles de l'accident du 6 septembre 2007. Elle a par ailleurs observé que, dans les suites de l'accident du 2 octobre 2008, l'assuré avait été déclaré apte au travail par son médecin traitant à 50 % dès le 26 novembre 2008, à 75 %

à compter du 20 janvier 2009 et en plein dès le 4 mars 2009. Depuis, l'assuré avait travaillé à 100 % en tant qu'affûteur jusqu'au 23 août 2012. Lors du stage à la Clinique C._____, l'ergothérapeute avait constaté que l'assuré était encore légèrement gêné pour saisir des petits objets sur une surface plane en raison du manque de flexion du pouce gauche. Or les activités considérées par la CNA pour la comparaison des revenus tenaient compte de ces limitations. Le Dr J._____ avait certifié que la diminution de l'acuité visuelle n'entraînait pas de limitation fonctionnelle importante. L'assuré ne s'était par ailleurs jamais plaint de problèmes de la vision. La CNA a également confirmé l'évaluation de l'IPAI à 10 % concernant l'atteinte à l'épaule droite, de même que l'absence de droit à une IPAI pour l'atteinte au pouce gauche, sur la base des conclusions des Dr R._____ et G._____. La CNA a en revanche considéré que les éléments au dossier ne permettaient pas de déterminer l'IPAI relative à l'atteinte à l'œil. Elle a dès lors partiellement admis l'opposition de l'assuré et renvoyé la cause à sa Division prestations d'assurance à Lausanne afin que celle-ci reprenne l'instruction sur ce point.

d) Le 26 novembre 2014, l'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, reprochant à la CNA de ne pas avoir pris en compte les limitations des trois accidents, dont les effets étaient plus importants que la seule atteinte à l'épaule droite.

Le Dr J._____ a constaté, le 28 janvier 2015, que la pseudophaquie dont souffrait l'assuré à l'œil gauche, confirmée par son médecin traitant, justifiait une IPAI de 8 % selon les tables d'indemnisation de la CNA. Cette dernière a rendu une décision en ce sens le 3 février 2015, mentionnant l'accident du 6 septembre 2007, mais toutefois le numéro de sinistre attribué à l'accident du 19 juin 1995.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 16 février 2015, informant la CNA qu'il attendait une reconnaissance de l'accident de mai 2008 et rappelant que l'on ne pouvait ignorer que le cumul des trois accidents occasionnait un handicap plus important que celui estimé.

La Cour des assurances sociales a rendu un arrêt le 21 mai 2015 (CASSO AA 129/14 - 51/2015) admettant le recours. Elle a constaté que le litige était limité à la question de l'IPAI et observé que la décision sur opposition du 14 novembre 2014 n'était pas claire sur ce point. La Cour a en conséquence annulé cette dernière en tant qu'elle concernait l'IPAI et renvoyé la cause à la CNA pour nouvelle décision sur cette question.

e) La CNA a rendu une nouvelle décision le 18 septembre 2015, annulant la décision du 3 février 2015. Elle a confirmé l'IPAI de 8 % concernant l'accident du 19 juin 1995, ainsi que l'IPAI de 10 % concernant l'accident du 6 septembre 2007, de même que l'absence de droit à une IPAI pour les séquelles de l'accident du 2 octobre 2008. Le montant dû à ce titre à l'assuré était de 18'456 francs.

L'assuré s'est opposé à la décision précitée le 21 octobre 2015 concluant, à son annulation et à la reprise de l'instruction s'agissant des trois accidents en cause et de la rechute subie en 2012, tant sous l'angle de la rente d'invalidité que sous l'angle de l'IPAI. Il a relevé notamment qu'il ressortait clairement de son opposition du 6 novembre 2014 qu'il contestait également le taux d'invalidité. Il considérait que la décision litigieuse du 14 novembre 2014 était nulle et non avenue et que la CNA se devait d'instruire et de reprendre l'intégralité de la problématique dans sa nouvelle décision. Dans un mémoire complémentaire du 26 novembre 2015, l'assuré a ajouté pour l'essentiel que la décision du 18 septembre 2015 aurait dû porter sur la question de la rente. Si la CNA devait toutefois considérer dite question comme définitivement tranchée, alors les conditions d'une reconsidération de la décision, manifestement erronée, étaient réunies. L'examen médical sur lequel s'était fondée l'administration ne tenait pas compte de l'ensemble des atteintes à la santé dont l'assuré souffrait et les DPT retenues n'était pas compatibles avec les limitations fonctionnelles découlant des trois accidents. L'assuré contestait encore le fait qu'aucune IPAI n'avait été allouée pour l'atteinte

au pouce gauche, la CNA s'étant basée sur une note de médecin d'arrondissement qui était inexacte.

Par courrier du 19 janvier 2016, l'assuré a produit un rapport médical du 7 janvier 2016 du Dr W._____, de l'K._____, dont la teneur est la suivante :

« [...] S'agissant de l'atteinte à la fonction visuelle de l'œil gauche, les tables de Rintelen permettent en effet d'établir un droit à 8 % d'indemnisation résultant de la pseudophakie et de la baisse de vision à 0.6 auquel peuvent s'ajouter 5 % au maximum pour la photophobie résultant de la lésion du sphincter irien.

Pratiquement, je pense que l'on peut justifier sans problème un taux de 10 % d'indemnisation. [...] »

L'assuré estimait sur cette base que l'IPAI allouée pour l'atteinte à l'œil gauche devait être de 13 %.

Par courrier du 11 février 2016, l'assuré a produit un rapport du 3 février 2015 du Dr T._____, lequel observait que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son ancienne profession et que son état clinique, son âge et sa formation ne lui permettraient pas d'occuper un autre poste adapté au sein de son entreprise

Considérant que la notice de la Dresse G._____ concernant l'IPAI liée à l'accident du 2 octobre 2008 n'était pas suffisante pour se prononcer quant à l'opposition, la CNA a interrogé le Dr M._____, lequel a rendu un rapport le 19 avril 2016. Ce médecin a observé que l'assuré avait subi une lésion des pédicules neuro-vasculaires radial et cubital du pouce et présentait des séquelles sous forme d'une hyperesthésie pulpaire et d'une diminution de la force de préhension pouce-index et de la sensibilité palmaire de la main gauche (côté non dominant). L'atteinte actuelle était moins importante qu'une amputation de la phalange distale du pouce indemnisée à 5 % selon les tables de la CNA. Le Dr M._____ retenait proportionnellement et par analogie un taux de 2.5 %. Après

pondération de l'état antérieur chez un assuré ayant déjà touché une IPAI de 18 % pour les accidents antérieurs, le taux était de 2.05 %.

Le Dr J. _____ s'est à nouveau prononcé sur l'IPAI concernant l'œil gauche, dans un rapport médical du 17 mai 2016, ajoutant aux 8 % déjà octroyés 2 % en raison de l'éblouissement/photophobie que présentait l'assuré. L'IPAI globale se montait ainsi à 10 %.

La CNA a rendu une décision sur opposition le 30 mai 2016, confirmant en premier lieu que le litige était restreint à la seule question de l'IPAI. Elle a confirmé cette dernière en lien avec l'accident de 2007 (10 %), qui n'était pas contestée. Concernant l'atteinte à l'œil gauche, elle s'est référée aux conclusions du Dr J. _____ et a ainsi admis un taux de 10 %. S'agissant de l'accident de 2008, elle s'est ralliée à l'évaluation du Dr M. _____ et a admis une IPAI de 2.05 %. La CNA a en conséquence admis partiellement l'opposition et porté le taux de l'IPAI relativement aux trois accidents à 22.05 %, de sorte qu'elle devait à l'assuré paiement de la somme de 4'527 francs.

B. N. _____ a recouru contre la décision sur opposition précitée le 1^{er} juillet 2016, par l'intermédiaire de son mandataire, concluant préliminairement à l'interprétation de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 21 mai 2015 en ce sens que la décision du 14 novembre 2014 était annulée et la cause renvoyée à la CNA pour nouvelle décision. Principalement, le recourant a conclu à l'annulation de la décision du 30 mai 2016 et au renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle reprenne l'instruction s'agissant des trois accidents en cause, ceci tant sous l'angle de la rente d'invalidité que de l'IPAI. Le recourant soutient pour l'essentiel qu'il n'existe aucune décision primaire de la CNA se prononçant sur le taux d'invalidité résultant des limitations fonctionnelles consécutives aux trois accidents successifs. Si le contraire devait être admis, il serait faux selon le recourant d'affirmer qu'il n'a pas contesté le taux d'invalidité. Il critique ensuite les différents facteurs et éléments ayant servis à déterminer ce dernier. Finalement, le recourant conteste le taux de l'IPAI retenu pour l'atteinte à l'œil gauche.

Par réponse du 20 septembre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 13 octobre 2016, le recourant a confirmé ses conclusions. L'intimée a fait de même par duplique du 8 novembre 2016.

Par ordonnance du 30 novembre 2016, la juge instructrice a divisé les causes et la Cour des assurances sociales a rendu une décision le 19 décembre 2016 rejetant la requête d'interprétation soulevée par le recourant (CASSO AA 136/16 - 137/16).

Sur demande de la juge instructrice, l'intimée a produit la traduction des différents rapports du Dr J._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur en Suisse (art. 58 al. 2 première phrase LPGA).

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

Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent au vu du domicile du dernier employeur du recourant X. _____, selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr. dès lors que, comme il sera exposé infra, seule la question de l'IPAI est litigieuse. La présente cause relève ainsi de la compétence d'un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Dès lors que la requête d'interprétation de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 21 mai 2015 a été rejetée (arrêt Casso AA 136/16 - 137/16 précité), la décision initialement attaquée du 14 novembre 2014 est entrée en force sur la question du taux d'invalidité du recourant et de la rente y afférente. C'est à raison que l'intimée s'est bornée à examiner la question de l'IPAI dans sa décision du 18 septembre 2015, confirmée par décision sur opposition du 30 mai 2016, et seul ce point peut être examiné dans le présent arrêt. Conformément à sa réponse du 20 septembre 2016, il sera laissé à l'intimée le soin

d'examiner s'il existe un motif de révision procédurale ou matérielle au vu du rapport du Dr T. _____ du 3 février 2016.

3. Selon l'art. 24 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004 et dont la teneur antérieure n'est pas de nature à modifier le traitement du cas d'espèce), l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202 ; dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004 et dont la teneur antérieure n'est pas de nature à modifier le traitement du cas d'espèce), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2).

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est

pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, et en vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

4. a) Il est tout d'abord relevé que les IPAI fixées pour les accidents au pouce gauche et à l'épaule droite n'ont pas été contestées par le recourant et ne prêtent pas flanc à la critique, résultant de l'appréciation de médecins qui se sont fondés sur des constatations médicales objectives. Seule sera donc examinée l'IPAI concernant l'accident du 19 juin 1995 ayant entraîné une atteinte à l'œil gauche du recourant.

Ce dernier soutient que, au vu des conclusions du Dr W._____, il apparaît que le taux de l'IPAI est plus important que celui

reconnu dans un second temps par le Dr J._____, lequel n'indiquait du reste pas pour quelles raisons il avait modifié son appréciation et affirmait que la situation était définitive.

Le recourant critique également l'appréciation du Dr W._____ exposée dans un rapport du 1^{er} février 2016 consécutif à un examen du 26 janvier 2016 réalisé dans le cadre du suivi de l'atteinte à l'œil gauche. Ce rapport a été produit par le recourant avec son acte de recours. Il y est observé que la situation au niveau traumatique était stable. Toutefois la présence d'une aniso-excavation avait encouragé les médecins à compléter le bilan par un champ visuel 30 °. Celui-ci avait mis en évidence des anomalies focales qui devaient être surveillées par un prochain champ visuel dans une année. Le recourant critique cette évaluation en tant qu'elle considère la situation comme stabilisée, alors que les anomalies focales devaient être surveillées. Le recourant est d'avis que l'instruction doit se poursuivre et l'IPAI fixée après que les médecins traitants auront pu procéder aux examens complémentaires nécessaires.

b) Le Dr J._____ a modifié son appréciation en tenant compte du nouveau rapport médical qui lui a été transmis, soit celui du Dr W._____ du 7 janvier 2016, ce qui suffit à expliquer sa nouvelle appréciation. Cela ne permet pas de remettre en question son évaluation, bien au contraire. Il ne peut en effet être reproché au Dr J._____ d'avoir tenu compte de l'appréciation médicale du médecin traitant du recourant. Quant au Dr W._____, s'il a certes estimé que les anomalies focales observées devaient être surveillées, il a tout de même conclu que la situation au niveau traumatique était stable. Il n'a pas observé qu'un traitement médical serait susceptible d'améliorer sensiblement l'état de l'œil gauche. Par ailleurs, il a estimé que la photophobie pouvait justifier une IPAI de maximum 5 %. Au vu des termes utilisés, il ne s'agit toutefois que d'une possibilité et il a finalement conclu à un taux global de 10 %, et non pas 13 % comme le prétend le recourant. Les Drs W._____ et J._____ se sont prononcés sur la base de constatations médicales objectives et précises. Ainsi, en présence d'un état qui pouvait être qualifié de stable et de l'évaluation concordante de deux médecins,

l'intimée était fondée à statuer sur la question et à fixer l'IPAI concernant l'atteinte à l'œil gauche à 10 %. Le recourant n'amène pas d'élément susceptible de remettre en cause cette appréciation.

5. a) Au vu des considérants qui précèdent, la décision attaquée n'est pas critiquable et doit être confirmée, ce qui entraîne le rejet du recours.

Le recourant ne peut prétendre à des dépens dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

b) Par décision du 6 juillet 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 1^{er} juillet 2016 dans le sens de l'assistance d'office de Me Monnard Séchaud, étant par ailleurs astreint à payer une franchise mensuelle de 50 francs.

Le 11 décembre 2017, Me Monnard Séchaud a produit la liste de ses opérations pour la période du 1^{er} juillet 2016 au 11 décembre 2017. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et entre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Sur la base d'un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), l'indemnité peut, conformément à la liste de ses opérations, être arrêtée au montant total de 2'755 fr. 60, débours par 121 fr. 50. et TVA à 8 % inclus.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant alloué à son conseil d'office, dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable 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).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 30 mai 2016 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 Corinne Monnard Séchaud est arrêtée à 2'755 fr. 60 (deux mille sept cent cinquante-cinq francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- 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 des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate (pour N. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :