

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 avril 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Reinberg et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4, 16 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], a été victime d'un accident professionnel le 25 avril 1997. Travaillant comme soudeur qualifié pour le compte de l'entreprise O._____, alors qu'il était occupé à meuler un tuyau sur un chantier en cours, il a perdu l'équilibre et est tombé d'une hauteur de 3 à 3,5 mètres sur le pied et le dos. Il était assuré contre les accidents professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la recourante), laquelle a pris en charge le cas.

Souffrant d'une distorsion de la cheville droite et d'une fracture par tassement de la vertèbre lombaire L3 avec cunéiformisation antérieure de 10°, il a été traité par immobilisation au lit strict pendant une semaine, puis par immobilisation par corset à l'Hôpital P._____. Il a quitté cet établissement le 6 mai 1997 ; l'état de santé était correct et une incapacité de travail de trois mois était prévue (cf. rapport de sortie du 12 mai 1997). Dès la sortie, l'évolution de l'état de santé a toutefois été défavorable et l'assuré a développé de nombreux troubles, tels que céphalées, nausées, troubles du sommeil, manque de sensibilité dans les membres, tachycardie, cervicalgies et état dépressif. Devant la persistance des douleurs, des investigations complémentaires ont été entreprises. Un examen neurologique effectué le 15 octobre 1997 par le Dr C._____, spécialiste en neurologie, n'a rien révélé de particulier (cf. rapport du Dr C._____ du 17 octobre 1997).

L'assuré a séjourné à la Clinique R._____ du 22 octobre au 26 novembre 1997. Les praticiens de celle-ci ont posé, le 27 novembre 1997, le diagnostic principal suivant :

- « 1. Etat d'irritation du rachis lombaire et dorso-lombaire
avec
 - douleurs à la pression au niveau des apophyses jusqu'au sacrum ;
 - rigidité musculaire paravertébrale bilatérale au niveau dorso-lombaire ;
- sans
 - symptôme neurologique ;

- irradiation douloureuse évocatrice de radiculopathie ;

Contexte

- status consécutif à une fracture-tassement du plateau vertébral supérieur de L3 avec arrachement du listel marginal antérosupérieur le 25.04.97 (traitement conservateur) ;

- hernie discale paramédiane et au niveau du trou de conjugaison à gauche, à la hauteur de L5/S1.

droite 2. Symptomatologie de surcharge de l'articulation tibio-tarsienne

Contexte

25.04.97. - status consécutif à une entorse de l'articulation TT le

3. Céphalées d'origine orthostatique (avec symptomatologie vertigineuse) auxquelles se superposent des troubles psychosomatiques et que ces derniers renforcent.

4. Episode dépressif (ICD-10 ; F31.1). »

Les praticiens ont indiqué que les radiographies de l'articulation tibio-astragaliennne droite pratiquées sous deux incidences le 19 novembre 1997 avaient mis en évidence l'absence d'ostéochondrose post-traumatique et d'ostéoporose et que la hauteur de l'astragale se situait dans les limites de la normale. Des radiographies standard du rachis lombaire sous deux incidences le 24 octobre précédent n'avaient rien montré de particulier. On retrouvait un léger tassement cunéiforme de L3 sur les clichés de face. Sur le plan osseux, la fracture était bien consolidée et stable à la charge. Il n'existait ni marche d'escalier, ni glissement. Les médecins soulignaient que la forte anxiété et le manque de confiance en lui du patient avaient rendu difficiles la réadaptation ainsi que l'approche thérapeutique. Le moindre mouvement qui aurait pu provoquer des douleurs au niveau du rachis lombaire était évité. Toute exacerbation de celles-ci insécurisait énormément le patient et lui faisait douter du processus de guérison. Au vu des problèmes psychosomatiques et psychiques évidents, les médecins préconisaient un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique et ont prescrit à l'assuré des antalgiques. L'incapacité de travail était totale dans quelque activité que ce soit.

L'assuré a fait l'objet d'une expertise orthopédique auprès du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 3 mars 1998. Celui-ci a rendu son rapport le 23 mars 1998, puis l'a complété, à la demande de la CNA, le 13 octobre 1998.

L'expert a indiqué que le dossier radiologique montrait une fracture de la vertèbre lombaire L3 sans atteinte du mur postérieur avec cunéiformisation localisée de 10°. Sur la dernière IRM (imagerie par résonance magnétique), la consolidation de la vertèbre était parfaitement acquise. Il n'y avait pas de fusion visible entre L2 et L3. En définitive, il y avait lieu de retenir que, sur le plan purement organique, les séquelles de l'accident pouvaient être qualifiées de faibles et étaient compatibles avec la reprise de l'activité professionnelle.

L'intéressé a séjourné au Service [...] du X. _____ du 2 au 3 juin 1998. Le 29 juin suivant, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de dorso-lombalgies chroniques, status après fracture-tassement L2 et discopathie L5-S1 sous forme d'une hernie paramédiane et foraminale gauche sans conflit disco-radriculaire. Le patient présentait surtout en avant plan de très nombreux signes de non-organicité et de surcharge psychogène.

Par décision du 14 janvier 1999, confirmée sur opposition le 15 juin 1999, la CNA a mis un terme au paiement des prestations d'assurance au 17 janvier 1999, niant, en rapport avec l'accident du 25 avril 1997, tout trouble somatique dont elle devrait répondre au-delà de cette date et tout lien de causalité adéquate avec les troubles psychiques présentés par l'intéressé au-delà de cette date.

Par jugement du 7 septembre 2000 (cause AA 70/99 - 90/2000), le Tribunal des assurances (désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) a confirmé cette décision. Il a notamment relevé, sur le plan purement somatique, la pauvreté des troubles objectivables. Les lésions organiques imputables à l'accident étaient faibles et ne pouvaient justifier à elles seules, à partir du 17 janvier 1999, ni incapacité de travail, ni traitement médical, la problématique de l'assuré se situant clairement sur le plan psychique. Il a retenu que les troubles psychiques entravaient de manière conséquente la capacité de travail de l'assuré. Laissant ouverte la question de la causalité naturelle entre l'accident et les séquelles psychiques, il a estimé que la causalité

adéquate devait être niée. Enfin il a considéré que le taux d'invalidité de 100 %, tel que fixé par l'Office de l'assurance-invalidité (OAI), ne saurait être retenu en matière d'assurance-accidents dès lors que pour fixer ce taux, ledit office s'était fondé sur l'ensemble des atteintes à la santé présentées par l'assuré, alors que la CNA n'avait, quant à elle, à répondre que des seuls troubles qui sont des séquelles accidentelles et dont ne font pas partie les troubles psychiques retenus par l'OAI. Il a, dès lors, confirmé le refus de la CNA d'allouer des prestations à l'assuré au-delà du 17 janvier 1999, au motif que la problématique psychique - seule symptomatologie significative encore présente à ce moment-là -, n'était pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 25 avril 1997.

Par arrêt du 29 janvier 2001 (cause U 488/00), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, le recours interjeté contre ce jugement par l'assuré. L'intéressé avait conclu à la récusation de l'autorité cantonale de jugement.

B. Après avoir requis, dans un courrier du 19 octobre 2004, la révision de la décision du 14 janvier 1999, l'assuré a invoqué par courrier du 12 novembre 2004, une rechute et des séquelles tardives au sens de l'article 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (ci-après : OLAA). Le 21 décembre 2004, il a requis le versement de toute prestation d'assurance utile postérieure à la date du 17 janvier 1999. Par courrier du 25 janvier 2005, il a précisé ses deux derniers courriers en ce sens qu'ils ne devaient pas être considérés comme une demande de révision mais comme une nouvelle requête de prestations d'assurance.

A l'appui de sa requête, l'assuré a produit un rapport établi le 10 septembre 2004 par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant un état dépressif majeur, un état d'anxiété généralisé et une personnalité paranoïaque. Ce rapport indiquait que la prise en charge de l'intéressé était hebdomadaire.

L'assuré a également joint un rapport du 1^{er} septembre 2004 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil orthopédique, qui posait les diagnostics de contractures-myalgies dorso-lombaires, d'insertionnites sacro-pelviennes, d'état après tassement supérieur du corps vertébral L3, d'instabilité modérée de la cheville droite et de suspicion d'état dépressivo-anxieux. Il proposait la poursuite du traitement psychiatrique et psychothérapeutique et prescrivait notamment un traitement antidouleur ainsi que des séances de physiothérapie. Dans une lettre du 5 octobre 2004, ce même médecin précisait que l'état global actuel de l'assuré était séquellaire de l'accident du 24 avril 1997, le traitement initial inapproprié ayant provoqué une évolution psychique défavorable, actuellement sous forme d'un état anxiodépressif. Le Dr J._____ indiquait en outre que l'état de la cheville droite demandait une radiographie forcée, que l'état psychique devrait être précisé par un psychiatre et la causalité post-traumatique évaluée.

Par courrier du 23 février 2005, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait examiner si les troubles somatiques décrits par le Dr J._____ pouvaient être considérés comme rechute ou séquelles tardives de l'accident survenu le 25 avril 1997.

L'assuré a encore remis à la CNA les rapports relatifs aux examens radiologiques effectués les 10 juin, 21 juin et 12 juillet 2004 au K._____ et le 15 juillet 2004 à l'Hôpital F._____. Les rapports médicaux suivants ont en outre été versés au dossier :

- Deux rapports du Dr Z._____ et du psychologue Y._____ des 18 novembre 2004 et 16 mars 2005, posant le diagnostic suivant :

« Douleurs physiques (selon rapports médicaux des spécialistes en orthopédie) : Lombalgies chroniques - Discopathie - Déconditionnement physique global - Syndrome douloureux somatoforme.
Douleurs psychologiques : Etat dépressif majeur - Etat d'anxiété généralisé - Personnalité paranoïaque. »

Les psychothérapeutes estimaient que l'accident avait eu un effet direct sur l'invalidité physique et psychologique de l'assuré. Avant l'accident, l'intéressé travaillait de façon autonome et après l'accident, il avait eu des séquelles irréversibles qui le handicapent toujours actuellement, développant depuis au niveau psychologique de l'anxiété, de la dépression ainsi qu'une personnalité paranoïaque, qui n'existait pas avant l'accident.

- Un rapport du 26 avril 2005, dans lequel le Dr M. _____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie, après avoir examiné l'assuré et pris connaissance du bilan radiologique effectué dans le courant de l'année 2004, concluait comme suit (p. 4 s.) :

« On retrouve une fracture-tassement de L3 avec une perte de hauteur du mur antérieur qui n'excède pas 25 % et une intégrité du mur postérieur. Il en résulte une cyphose segmentaire de l'ordre de 10°. Il n'y a pas de signes d'instabilité. Le scanner dorsal est dans les limites de la norme. Quant à l'IRM de la cheville droite, elle montre un appareil ligamentaire en continuité, sans lésion notable. Enfin, les clichés en varus forcé des chevilles ne mettent en évidence qu'une discrète laxité externe à droite par rapport à gauche, peu significative.

Au total, du point de vue orthopédique, les constatations objectives sont strictement superposables à celles faites en 1999 tandis que les troubles psychiques, dont il a été établi qu'ils ne concernaient en rien la Suva, semblent s'être largement amendés, probablement parce que le patient a fini par se soumettre à un traitement psychiatrique et psychothérapeutique.

En d'autres termes, il n'y a, dans ce cas, ni rechute, ni séquelles tardives de l'accident au sens de l'art. 11 OLAA. »

Par décision du 29 avril 2005, la CNA a refusé à l'assuré un droit à de nouvelles prestations au titre de rechute ou de séquelles tardives. Elle a en substance considéré qu'elle n'avait pas le pouvoir d'entrer en matière sur une demande de révision procédurale d'une décision entrée en force ayant fait l'objet d'un examen matériel par une autorité judiciaire, qu'elle n'avait ainsi pas à examiner l'existence d'un droit à des prestations d'assurance au-delà du 17 janvier 1999, ni à revenir sur la question du refus de prise en charge des troubles psychiques. Elle a en outre estimé qu'une rechute n'était pas démontrée,

ni la nécessité au sens de l'art. 10 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) d'un traitement de séquelles somatiques de l'accident assuré.

Par écriture du 1^{er} juin 2005, l'intéressé s'est opposé à cette décision. Il a annexé à son opposition un rapport du 16 novembre 2004 du Dr N._____, chef de clinique au Service [...] du X._____, lequel estimait que le traitement initial auquel l'intéressé avait été soumis était inapproprié et que la persistance des douleurs actuelles était en relation avec l'accident assuré à un taux d'au moins 50 %.

Après avoir relevé que la seule question encore litigieuse à la suite de l'opposition déposée était celle de la rechute ou des séquelles tardives, la CNA a confirmé son prononcé par décision sur opposition du 6 juillet 2005.

En outre, par décision du 19 juillet 2005 confirmée sur opposition le 31 août 2005, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 9'720 fr., fondée sur un taux de 10 % en raison d'une cyphose segmentaire de l'ordre de 10° apparue à la suite de la fracture-tassement de L3.

Le 6 octobre 2005, l'assuré a recouru auprès du Tribunal des assurances contre la décision sur opposition du 6 juillet 2005, puis a requis le 12 octobre 2005 la révision du jugement rendu le 7 septembre 2000 par ce même tribunal. Par jugement du 9 mai 2006 (cause AA 76/05 - 61/2006), le Tribunal des assurances a rejeté tant la demande de révision que le recours. Il a relevé que l'assuré avait produit notamment, à l'appui de ses écritures, un rapport du 25 mars 2004 du Dr N._____, selon lequel, malgré la physiothérapie enseignée, l'assuré avait de la peine dans la gestion de son syndrome douloureux chronique, ainsi qu'un rapport du 20 septembre 2005 du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du psychologue [...], diagnostiquant un épisode dépressif majeur et mentionnant que la souffrance actuelle du patient semblait être due au fait que la CNA refusait d'admettre que son invalidité

avait été directement causée par l'accident de travail d'avril 1997. Par ailleurs, dans le cadre de l'instruction, le dossier de l'assurance-invalidité avait été produit et il en ressortait notamment que, par décision rendue le 16 novembre 1998 par l'OAI, l'assuré avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 1998. Cela étant, le Tribunal des assurances a retenu en particulier e qui suit :

« 5. a) Sur le plan psychique, dans son jugement du 7 septembre 2000, le Tribunal cantonal des assurances (ci-après : TCAs) a retenu que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident devait être nié, autrement dit que toute affection psychique dont E._____ était atteint n'était pas la conséquence de l'accident sur le plan juridique. Il n'a jamais été considéré que les troubles psychiques dont souffrait E._____ étaient guéris, mais qu'ils étaient étrangers à l'accident. Ce jugement est entré en force et lie la cour de céans. Par conséquent, il ne saurait y avoir rechute ou séquelles tardives sur le plan psychique.

b) Sur le plan physique, dans le jugement susmentionné, le TCAs retient que les lésions organiques imputables à l'accident étaient faibles et ne pouvaient justifier à elles seules à partir du 17 janvier 1999 ni incapacité de travail, ni traitement médical.

Le Dr M._____ a eu connaissance de l'entier du dossier. Il a procédé à un examen clinique et a examiné la documentation radiologique de 2004. Ce médecin a en outre procédé à un examen clinique de E._____. Il a ainsi pu comparer son état de santé tel qu'il était en 1999 et tel qu'il est actuellement. Il en conclut que sur le plan somatique, cet état de santé est resté le même. Certes, les Dr J._____ et N._____ estiment que l'état actuel de E._____ est séquellaire de l'accident du 25 avril 1997. Toutefois, ni le Dr J._____, ni le Dr N._____ ne procèdent à une telle comparaison. Ils ne démontrent pas l'existence d'une nouvelle manifestation des séquelles physiques de l'accident assuré non prises en compte dans le précédent jugement du TCAs, ni l'existence d'un état pathologique différent de celui qui prévalait en 1999. Il n'y a ainsi aucun élément pertinent permettant de s'écarter des conclusions bien motivées du Dr M._____.

Par conséquent, le rapport médical de ce médecin, qui procède d'une étude approfondie du cas de E._____, a valeur probante. Force est dès lors d'admettre que sur le plan somatique, l'état de santé de E._____ est identique à ce qu'il était en 1999 ; une rechute ou des séquelles tardives ne sont ainsi pas établies. »

Par jugement du 20 juillet 2006 (cause AA 102/05 - 84/2006), le Tribunal des assurances a en outre rejeté le recours déposé entre-temps par l'assuré contre la décision de la CNA du 31 août 2005 relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

Par arrêt du 1^{er} mars 2007 (cause U 437/06), le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assuré contre le jugement du 9 mai 2006. Il a en particulier retenu ce qui suit :

« 2.1.2 Le jugement rendu le 7 septembre 2000 par le Tribunal des assurances du canton de Vaud a fait l'objet d'un recours de droit administratif, que le Tribunal fédéral des assurances a rejeté par arrêt du 29 janvier 2001. Toutefois, seules des questions de procédure (récusation) ont été abordées dans cet arrêt. La demande de révision porte donc à juste titre sur le jugement du 7 septembre 2000 du Tribunal des assurances du canton de Vaud plutôt que sur l'arrêt du 29 janvier 2001 du Tribunal fédéral des assurances.

Cela étant, les premiers juges ont exposé que l'art. 477 du Code de procédure civile vaudois, du 14 décembre 1966 (RS/VD 270.11), prévoyait un délai de trois mois, à peine de péremption, pour déposer une demande de révision dès la découverte du motif fondant cette demande. Faisant une application par analogie de cette disposition, ils ont considéré que la demande de révision du 12 octobre 2005 était tardive. Parmi les rapports médicaux auxquels se référait l'assuré, les plus récents ne contenaient aucune constatation nouvelle par rapport à ceux qui avaient été établis plus de trois mois avant la demande de révision. Le recourant ne démontre pas en quoi ces constatations seraient manifestement inexactes (cf. art. 105 al. 2 OJ), ni en quoi l'interprétation du droit cantonal par les premiers juges serait arbitraire.

Au demeurant, le jugement du 7 septembre 2000 dont le recourant demande la révision nie le droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 17 janvier 1999, en raison de l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et la nécessité de soins ou l'incapacité de travail, étroitement liés aux atteintes à la santé psychique dont souffre le recourant. La causalité adéquate n'a pas trait au point de savoir si les atteintes à la santé seraient les mêmes en l'absence d'accident, mais si leur développement est inhabituel au point qu'il n'y a plus lieu d'en faire supporter les conséquences à l'assurance-accidents eu égard, notamment, aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181, 123 III 110 consid. 3a p. 112 sv., 123 V 98 consid. 3d p. 103 sv.). En l'occurrence, les rapports médicaux auxquels se réfère l'assuré, en particulier celui établi le 16 novembre 2005 par le docteur N._____, ne font état d'aucune constatation déterminante qui justifierait de trancher différemment cette question d'ordre juridique et de revenir sur un jugement entré en force. En particulier, les critiques des docteurs J._____ et N._____ relatives au traitement appliqué après l'accident ne relèvent pas de constatations de fait nouvelles, mais tout au plus d'une divergence d'appréciation quant à l'opportunité d'un corset immédiatement après l'accident. Pour le reste, le traitement proposé par les médecins à l'époque correspond à peu de choses près à celui préconisé par le docteur J._____, quoi qu'en dise ce dernier, et comportait l'abandon relativement rapide du corset, mais a été tenu en échec pas l'attitude de l'assuré. Dans ces conditions, comme l'ont constaté les premiers juges à titre

subsidaire, la demande de révision aurait de toute façon être rejetée si elle n'avait pas été tardive.

3.

Le jugement entrepris porte également sur le droit aux prestations en raison d'une rechute ou de séquelles tardives de l'accident du 25 avril 1997. Sur ce point, les premiers juges ont exposé de manière convaincante pour quels motifs ils tenaient pour probant le rapport du 26 avril 2005 du docteur M. _____, d'après lequel l'état de santé physique de l'assuré est resté stable. Il convient d'y renvoyer, dans la mesure où le recours ne comporte aucun argument nouveau par rapport à ceux déjà soumis à la juridiction cantonale. On précisera cependant que le rapport du 16 novembre 2005 du docteur N. _____, auquel le recourant attache une valeur probante accrue, décrit lui aussi un état de santé stationnaire. »

Par un autre arrêt du 1^{er} mars 2007 (cause U 573/06), le Tribunal fédéral a également rejeté le recours de l'assuré contre le jugement du 20 juillet 2006.

Le 23 novembre 2007 (causes 8F_10 et 11/2007), le Tribunal fédéral a rejeté, dans la mesure de leur recevabilité, les demandes de révision des arrêts fédéraux du 1^{er} mars 2007.

C. Le 4 mars 2008, la CNA a transmis au Tribunal des assurances une demande de révision déposée le 5 janvier 2008 par E. _____. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a rejetée pour autant qu'elle soit recevable par arrêt du 7 décembre 2009 (cause AA 28/08 - 88/2009).

Par arrêt du 22 mars 2010 (cause TF 8C_102/2010), le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assuré contre cet arrêt.

Une nouvelle demande de révision du 4 septembre 2010, transmise à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par la CNA, a été radiée du rôle par suite de retrait le 11 avril 2011 (cause AA 93/10 - 43/2011).

D. Le 16 octobre 2014, l'assuré a été victime d'un second accident alors qu'il travaillait pour le compte de S. _____ AG en qualité d'assembleur de charpente à 100 % depuis le 12 juin 2014. Il a expliqué

avoir glissé puis chuté. Une contusion de la cuisse droite a été annoncée. La CNA a accepté de prendre en charge les suites de cet événement.

Le 3 février 2017, le Dr B._____, médecin-conseil de la CNA spécialiste en chirurgie, a établi une appréciation sur le plan chirurgical, concluant comme suit :

« L'accident du 16.10.2014 a entraîné une contusion de la cuisse [droite] et a tout au plus décompensé passagèrement les troubles dégénératifs L3-L4.

Ces troubles dégénératifs L3-L4, entraînant des lombo-cruralgies [droites], sont en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 25.04.1997.

Les lombo-cruralgies que présente l'assuré depuis le printemps 2015 correspondent probablement à une aggravation de la situation séquelle de l'accident du 25.04.1997.

Un séjour à la Clinique D._____ pourrait permettre, par une prise en charge intensive, de diminuer la symptomatologie que présente l'assuré en relation avec ses troubles dégénératifs L3-L4.

Pour nous, il y a donc indication à un séjour à la Clinique D._____ et l'assuré semble, selon les informations en notre possession, désirer un tel séjour. »

Par décision du 21 septembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'avait pas droit à des mesures de réadaptation. Dite décision précisait en particulier ce qui suit :

« Il ressort des renseignements médicaux obtenus que M. E._____ ne présente aucune capacité de travail depuis son accident survenu en octobre 2014, son atteinte lombaire s'est effectivement aggravée depuis. Actuellement, il n'y a pas actuellement de possibilités de mise en œuvre de mesure de réadaptation. »

L'assuré a séjourné à la Clinique D._____ du 28 décembre 2017 au 24 janvier 2018, puis à nouveau du 7 mai au 5 juin 2019. Dans leur rapport du 21 juin 2019, les médecins de la Clinique D._____ ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour lombo-cruralgies droites chroniques et les diagnostics supplémentaires suivants :

- « - 10.05.2019 : stabilité du rétrécissement canalaire à la hauteur de L3-L4. Fissuration de l'annulus fibreux du disque intersomatique L3-L4. Complexe disco-ostéophyttaire postérieur paramédian [gauche] avec protrusion discale extraforaminale [gauche], au contact avec l'émergence de la racine S1 (IRM)
- Lombo-cruralgies droites chroniques
- 04.01.2018 : Troubles dégénératifs lombaires prédominant en L3-L4, avec rétrécissement canalaire (IRM)
- 16.10.2014 : chute avec notion de contusion de la cuisse [droite]
- 25.04.1997 : fracture-tassement de L3 (RX) »

Les limitations fonctionnelles définitives retenues étaient le port de charge répété de plus de 10-15 kg, ainsi que le maintien d'une position prolongée du tronc en porte-à-faux ou en position statique debout ou assise. La situation était stabilisée du point de vue médical. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de soudeur était défavorable pour une longue durée en raison des facteurs médicaux retenus. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, le pronostic était favorable et on pouvait s'attendre à une pleine capacité de travail.

A la demande de la CNA, le Dr M. _____ a procédé à un examen de l'assuré le 30 janvier 2020. Dans son rapport du même jour, le médecin d'arrondissement a conclu à la présence de « lombalgies banales sur troubles dégénératifs partiellement en lien avec une ancienne fracture de L3, objectivement de peu de gravité ». S'agissant de la hanche droite, il était possible que l'accident du 16 octobre 2014 ait entraîné une tendino-bursite trochantérienne et probable que l'essentiel de la symptomatologie douloureuse vienne de là. Le traitement était manifestement terminé et la situation stabilisée du point de vue médical. Le dossier de l'OAI suggérait que le handicap perçu par l'assuré avait été modulé par des facteurs non-orthopédiques et le dernier séjour à la Clinique D. _____ avait démontré que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité respectant les limitations fonctionnelles qui lui ont été reconnues. Le Dr M. _____ estimait pour le surplus que le taux d'atteinte à l'intégrité retenu en 2005 prenait largement en compte les plaintes du patient (situation intermédiaire entre des douleurs minimales permanentes même au repos, accentuées par les efforts (++) et les douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos ; charge supplémentaire

impossible (+++), dans le cadre d'une fracture ayant consolidé avec une cyphose segmentaire n'excédant pas 10°) et restait « tout à fait correct », mais une augmentation de 5 % était envisageable dans la mesure où une aggravation était admise.

Dans un rapport de consultation du 5 mars 2020, le Dr N._____ a exposé que l'assuré présentait des lombo-cruralgies dans le cadre de dysbalances musculaires sévères et d'un canal lombaire étroit L3-L4 degré B-C et qu'une prise en charge physique pourrait être « tout à fait intéressante, ciblées sur les corrections posturales », dans le but de corriger les dysbalances musculaires.

Par courrier du 23 mars 2020, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2020 et qu'elle allait procéder à l'examen du droit à la rente et à l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité.

A la demande de la CNA, le Dr W._____, médecin traitant de l'assuré, a établi un rapport le 28 décembre 2020, dans lequel il a exposé que, malgré une amélioration relative constatée lors du séjour à la Clinique D._____, permettant en théorie une reprise à 100 % dans une activité adaptée, la réalité économique et l'âge du patient rendaient peu plausible une telle reprise.

Par décision du 22 janvier 2021, la CNA a constaté que l'assuré était à même, en ce qui concernait les suites accidentelles, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas porter de charges de plus de 10 à 15 kg de manière répétitive et travailler en position statique debout ou assise. La comparaison du gain réalisable avant l'accident avec les salaires statistiques ne montrait aucune perte de salaire. En l'absence d'une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident, aucune rente d'invalidité ne pouvait être allouée. En revanche, l'atteinte à l'intégrité avait augmenté de 5 %, ce qui entraînait l'octroi d'un montant de 4'860 francs.

Représenté par Me Olivier Carré, l'assuré s'est opposé à cette décision le 25 février 2021, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 75 % et à la fixation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire d'un taux de 15 %. Il a complété son écriture le 10 mai 2021, en produisant notamment les pièces suivantes :

- L'avis du 10 juillet 2017 de la Dre A._____, médecin du SMR, concluant comme suit :

« Comme l'attestent les différents médecins somaticiens, l'assuré ne présente aucune [capacité de travail] depuis son accident d'octobre 2014, son atteinte lombaire s'est effectivement aggravée depuis, ce que confirme l'évaluation SUVA. Actuellement, il n'y a pas de possibilités de mise en œuvre de mesure de réadaptation, quand bien même l'assuré serait très motivé en ce sens. Néanmoins nous pourrions réexaminer la situation après l'évaluation de la Clinique D._____. »

- Un rapport établi le 15 avril 2021 par le Dr W._____, concluant à l'absence d'amélioration constatée depuis les conclusions du rapport d'évaluation de la Clinique D._____, de sorte qu'aucune reprise de l'activité habituelle ou d'une activité adaptée, même légère, n'était envisageable.

La CNA a soumis le dossier de l'assuré au Dr S._____, médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son appréciation du 15 septembre 2021, complétée le 28 septembre 2021, celui-ci a exposé en particulier ce qui suit :

« Diagnostics

Initialement l'assuré a présenté une fracture A1 selon la classification de Magerl, c'est-à-dire un tassement tout supérieur du plateau de L3. Ces fractures sont la conséquence d'une force de compression axiale plus ou moins centrée par rapport au nucléus qui peut créer des lésions antérieures du seul corps vertébral, avec suivant les cas une diminution du seul mur vertébral antérieur ou une diminution du mur vertébral antérieur et du mur vertébral postérieur. Ici, seul le mur antérieur a été touché. Il s'agit d'une fracture que l'on peut classer dans le groupe A1, fracture - tassement du corps vertébral, le plus souvent cunéiforme. Cette fracture est la conséquence de l'accident du 25.04.1997.

04.01.2018 : découverte de troubles dégénératifs lombaires prédominant en L3-L4 avec rétrécissement canalaire.

Appréciation et réponses aux questions

Le problème est essentiellement la causalité des troubles avec l'évènement de 1997. Et celui de 2014.

Il s'agit d'une fracture de type Magerl I. Cette fracture survient dans une colonne déjà dégénérative. Elle est à la fois sur le plan mécanique en lombaire bas, plus haut on devine des séquelles type Scheuermann avec des discopathies sur L1-L2 en particulier. Cet évènement qui a tassé le corps vertébral était consolidé sur le plan osseux, et ce assez rapidement dès le 09.01.1998, sur une IRM lombaire montrait les remaniements graisseux du corps vertébral qui n'atteignaient que la partie supérieure de celui-ci.

Il n'y a eu aucun impact sur L3-L4, aucun recul postérieur. L3-L4 était déjà affecté d'un début de rétrécissement canalaire, et l'on sait que ces rétrécissements canalaires mettent 15 à 20 ans pour évoluer vers des obstructions canalaires plus significatives par apposition osseuse arthrosique progressive, avec possiblement apparition de symptômes d'origine neuro-compressive.

Il n'y a donc pas dans la dégénérescence discale L3-L4 survenue ultérieurement, de cause issue en vraisemblance prépondérante de l'évènement de 1997.

En 1997, et après donc une évolution progressive de 17 ans, si on se fixe sur 2014, la colonne a involué et le disque L3-L4, comme l'ont montré les IRM, s'est dégénéré et s'est expulsé comme l'ont montré encore les IRM, avec une extrusion discale visualisée le 11.11.2014 vers le haut sur un canal lombaire étroit constitué. Ceci est consécutif de la pathologie.

Les articles les plus récents, et en particulier celui de Punit Tiwari et All dans le Journal of Orthopédic sciences du 15.07.2000, chez Elsevier éditeur, fait une revue complète de la littérature et montre qu'il y a un découplage entre l'involution discale et le canal lombaire, on ne peut tirer argument que l'involution discale influence le canal étroit les deux évoluant de façon autonome. De toute façon, dans l'évènement de 1997 le disque L3-L4 n'a pas été atteint, n'a pas été dégénéré, et ce en vraisemblance prépondérante.

Dans les conclusions les Médecins d'arrondissement, en particulier de l'appréciation du Dr B. _____ sur l'évènement de 2014, accordaient une prédominance à cet évènement de 2017 sur l'aggravation des troubles lombaires. Ceci ne peut pas être scientifiquement et médicalement admissible.

L'évènement du 16.10.2014, est rappelons-le un évènement où, en train de ramasser les outils pour les mettre dans une caisse à outils, l'assuré a trébuché contre le bord d'une palette le 16.10.2014. Le 11 novembre est réalisée une IRM qui montre une protrusion discale L3-L4 accompagnée d'un canal lombaire étroit.

La description faite par l'assuré de sa chute le 16.10.2014, est « alors que je me trouvais dans l'atelier de l'entreprise [...], en voulant rejoindre ma caisse à outils pour ranger des outils, j'ai trébuché sur une palette de sorte que je suis parti en avant en arrivant à plat ventre au sol et en tapant avec le devant de la cuisse droite contre l'arête de la palette ».

Une consultation a eu lieu dans les suites, le 29.07.2015, auprès du département [...] par le Dr [U. _____, spécialiste en neurochirurgie], chef de clinique adjoint. De son point de vue, « les douleurs à la hanche droite invalidantes, sans irradiation radiculaire, sont l'élément dominant. De plus, la sténose canalaire L3-L4 est cliniquement asymptomatique à notre avis chez ce patient qui ne présente par ailleurs pas de claudication neurogène, ni de douleurs radiculaires typiques. Nous pensons qu'une investigation plus poussée au niveau orthopédique traumatologique de la hanche droite soit d'intérêt ».

Il en ressort que, et alors que conformément à notre analyse, le Dr U. _____ notait qu'il y avait une mention de sténose canalaire serrée au niveau de L3-L4 en rapport avec une sténose canalaire congénitale, même si on a découvert une hernie L3-L4, celle-ci ne saurait être mise en causalité de vraisemblance prépondérante avec l'évènement de 2014, chute simple qui ne peut pas avoir créé en vraisemblance prépondérante une hernie discale.

Il ressort de l'analyse de toutes ces pièces, que les troubles lombaires ne sont pas en causalité naturelle ni avec l'évènement du 25.04.1997, ni avec l'évènement du 16.10.2014.

Lors de son examen, le Dr B. _____ notait que l'accident de 2014 a entraîné une contusion de la cuisse droite et a tout au plus décompensé passagèrement les troubles dégénératifs L3-L4.

La réponse à la question 2 était que l'état de santé était bien stabilisé le 30.04.2020, mais pose la question de la causalité et de la stabilisation en vraisemblance prépondérante qui aurait pu être faite sur l'évènement de 2014, et ce bien avant cette date, dans la mesure où les limitations fonctionnelles sont en rapport avec le canal lombaire étroit, elles ne sauraient être attribuées en vraisemblance prépondérante aux conséquences de l'accident ni de 2014 ni de 1997. Elles sont connues et détaillées dans à la fois le dernier rapport de la Clinique D. _____.

En ce qui concerne le rachis lombaire, elles avaient été retenues lors d'un précédent séjour : le port de charges répété de plus de 15 kg, le maintien d'une position prolongée du tronc en porte-à-faux ou en position statique debout ou assise.

La situation était déjà stabilisée alors sur le plan médical.

Par ailleurs, le Dr N. _____ a pris en charge l'assuré pour des dysbalances musculaires sévères. Celles-ci sont en vraisemblance prépondérantes attribuées au canal lombaire étroit avec une majoration, qui a été d'ailleurs décrite comme mal compréhensible par rapport au status, bien qu'encore il est connu pour ne pas y avoir de

corrélation stricte entre la sévérité des atteintes neuromusculaires et le ressenti du patient.

Là encore, il n'y a pas de vraisemblance prépondérante avec aucun évènement ni celui de 2014 ni celui de 1997.

Ayant rejeté les causalités, s'il est clair qu'actuellement l'activité de soudeur n'est pas exigible, celle-ci n'est pas en rapport avec les causalités à la suite des évènements de 1997, fracture somme toute minime qui usuellement guéri de façon complète en 6 à 12 mois, la vraisemblance prépondérante appartient au canal lombaire étroit congénital.

Quant à l'atteinte à l'intégrité, celle-ci a été justement évaluée à 10 %. La réévaluer de 5% compte tenu de ce qui précède n'est pas logique, car a été retenu une aggravation sur une causalité que nous ne retenons pas.

Enfin il faut noter que l'évènement de 2014 en ce qui concerne la colonne vertébrale est donc une contusion qui survient sur une colonne dégénérative sans lien en vraisemblance prépondérante avec l'évènement de 1997. Comme cela est usuel ses effets sur la colonne vertébrale ont cessé en causalité naturelle en vraisemblance prépondérante 6 mois après ledit évènement. »

Par décision du 30 septembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré.

E. Par acte du 1^{er} novembre 2021, toujours représenté par Me Carré, E. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %. Il a fait valoir pour l'essentiel qu'une rente entière lui est due en se fondant sur la décision de l'OAI du 21 septembre 2017, laquelle indiquerait de manière « claire et nette » qu'il n'a plus de capacité de travail depuis son accident survenu en 2014. Il s'est en outre prévalu de l'appréciation du Dr B. _____ du 3 février 2017, lequel était d'avis que ses troubles dégénératifs L3-L4, entraînant des lombo-cruralgies droites, étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'évènement du 25 avril 1997, lesdites lombo-cruralgies correspondant probablement à une aggravation de la situation séquellaire de cet accident. Il déplorait ensuite que ses capacités professionnelles n'aient pas été évaluées par l'intimée depuis le séjour à la Clinique D. _____ de 2018. Il relevait au demeurant que, selon les conclusions du

rapport du 20 mai 2019 du Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de la Clinique D._____, il paraissait peu probable qu'il soit en mesure de répondre aux exigences du marché de l'emploi en matière de rendement et d'endurance, même dans des activités légères, car les douleurs restaient limitantes. Le recourant observait à cet égard que son médecin traitant, le Dr W._____, avait déjà confirmé cette appréciation par rapport du 15 avril 2021. Il se prévalait encore du fait que l'intimée elle-même avait admis dans la décision attaquée (p. 10, 4^e paragraphe), que l'appréciation du Dr M._____ n'était pas exempte de contradiction. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise externe et pluridisciplinaire. Il a en outre demandé l'octroi d'une assistance judiciaire.

Le 4 novembre 2021, la Juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} novembre 2021, par l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré.

Dans sa réponse du 6 décembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

En réplique, le 18 février 2022, le recourant a soutenu à nouveau qu'il n'y avait pas de motif de s'écarter de l'appréciation de l'AI, en l'absence de comorbidité. A ses yeux, dans la mesure où les séquelles de son état sont attribuées par les plus éminents médecins, dont un médecin-conseil de la caisse intimée, à l'un et à l'autre des accidents, la pleine responsabilité de l'assureur-accident intimé doit être reconnue.

Le 15 mars 2022, l'intimée a derechef conclu au rejet du recours.

Dans une nouvelle détermination du 21 juin 2022, le recourant a soutenu une nouvelle fois qu'il trouvait choquante la décision de l'intimée, alors que l'assurance-invalidité s'était convaincue d'une atteinte

à la santé invalidante, complète, sans comorbidité échappant clairement à la couverture accidents susceptible d'expliquer des divergences de vue massives. Il déplorait que l'intimée n'ait pas pris position sur l'ATF 126 V 288 qu'il a cité, estimant nécessaire que l'instruction soit complétée, se référant une nouvelle fois à l'avis du Dr B._____ du 3 février 2017 et déplorant que la décision soit largement fondée sur l'appréciation, très isolée, du Dr M._____, la caisse admettant toutefois que dite appréciation n'était pas exempte de contradiction.

Dans sa prise de position du 13 juillet 2022, l'intimée a maintenu sa position, en expliquant une nouvelle fois que l'évaluation par les organes de l'assurance-invalidité n'avait pas force contraignante pour l'assurance-accidents.

Les 22 et 24 août 2022, le recourant a produit de nouvelles pièces, à savoir :

- Des certificats médicaux faisant état d'une incapacité de travail totale pour la période du 1^{er} juin 2021 au 31 août 2022 pour motif « accident ».
- Un certificat du 11 août 2022 du Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, attestant que le patient nécessitait un appartement compatible avec son état de santé, à savoir facile d'accès en raison de troubles de la marche d'origine multifactorielle à la suite d'un accident de travail.
- Un formulaire de consentement éclairé du Centre [...] signé le 17 juin 2022, relatif à une infiltration L3-L4.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le point de savoir, d'une part, si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et, d'autre part, s'il peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à 15 % pour les suites des événements des 25 avril 1997 et 16 octobre 2014.

b) La modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (RO 2016 4375). Selon les dispositions transitoires (al. 1), pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit. Tel étant le cas des deux événements accidentels assurés, c'est le droit dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 qui s'applique.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre

à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

d) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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 (art. 19 al. 1 LAA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

On rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, in SVR 2010 UV n° 17 p. 63 ; U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'occurrence, l'intimée a estimé en mars 2020 que l'état de l'assuré était stabilisé et a mis un terme au paiement des indemnités journalières et des traitements des suites de l'événement du 16 octobre

2014, avec effet au 30 avril 2020. Dans sa décision du 22 janvier 2021, elle a constaté qu'au 30 avril 2020, il n'y avait aucune perte de gain en lien avec les conséquences de l'événement assuré. Dans sa décision sur opposition, l'intimée a fait valoir principalement que le statu quo sine vel ante était atteint depuis longtemps au 30 avril 2020, subsidiairement qu'il n'y avait aucune perte de gain en lien avec un événement assuré à cette date. Le recourant conteste entièrement cette appréciation, estimant avoir droit à une rente entière de l'assurance-accidents.

Dans son opposition, le recourant mettait en doute la stabilisation de son état au 30 avril 2020, sans toutefois apporter d'argument à cet égard. S'il ne revient plus sur ce point au stade du recours, il convient néanmoins de relever que l'intimée a largement instruit le cas et a servi ses prestations jusqu'au 30 avril 2020, notamment en raison de l'avis du Dr B. _____ du 3 février 2017, qui relevait que les troubles actuels (i.e. en 2017) étaient vraisemblablement en lien avec l'accident du 25 avril 1997, l'accident du 16 octobre 2014 ne déployant plus d'effet, et préconisait un séjour à la Clinique D. _____. Le recourant a alors séjourné à deux reprises auprès de cet établissement, à la fin 2017 - début 2018 et en mai - juin 2019, avant d'être examiné par le Dr M. _____, le 30 janvier 2020. Son dossier a finalement été soumis au Dr S. _____, en septembre 2021. Ce dernier s'est prononcé sur la base de l'ensemble des pièces médicales collectées par la CNA depuis 1997 et a longuement motivé son appréciation du cas. Il a confirmé la stabilisation de la situation médicale relative aux problématiques lombaires en mai 2019, à l'instar du Dr M. _____ et des médecins de la Clinique D. _____. Ce constat n'est pas sérieusement remis en doute par les pièces médicales produites par le recourant. En particulier, dans son rapport du 15 avril 2021, le Dr W. _____, médecin traitant du recourant, n'a évoqué aucun traitement susceptible d'apporter une amélioration significative de l'état de santé, confirmant au contraire que la situation stagnait malgré de nombreuses séances de physiothérapie.

Il n'en demeure pas moins que l'intimée a retenu principalement, dans la décision sur opposition litigieuse, que les atteintes

lombaires actuelles du recourant étaient d'origine dégénérative, l'accident de 1997 ayant entièrement guéri en l'espace de 6 à 12 mois sans rendre inexigible l'activité professionnelle, tandis que l'événement de 2014 avait passagèrement décompensé un état congénital préexistant, pendant une durée de 6 mois au plus. En d'autres termes, le lien de causalité entre les événements assurés et les douleurs lombaires n'était plus prépondérant depuis plusieurs années lorsque la stabilisation médicale a été atteinte, à plus forte raison lorsque l'intimée a mis fin au versement de ses prestations. En l'absence de lien de causalité toujours présent au moment de l'examen d'un éventuel droit à la rente, l'octroi d'une telle prestation n'entraîne pas en ligne de compte.

Or le recourant oppose uniquement le rapport établi en 2017 par le Dr B. _____ pour mettre en doute cette appréciation. Ce spécialiste a établi son appréciation sur dossier, sans avoir examiné l'assuré et avant que celui-ci n'effectue ses séjours à Clinique D. _____. Il a relevé qu'à partir de mi-avril 2015 au plus tard, les lombalgies et lombocrualgies du recourant étaient en relation avec les troubles dégénératifs présents avant l'accident d'octobre 2014. Il voyait en revanche une relation de causalité de ces troubles avec la fracture de L3 subie en avril 1997, dès lors qu'elle avait entraîné une modification de la statique lombaire en raison de la cunéiformisation de cette vertèbre, l'accident de 2014 ayant aggravé les troubles dégénératifs qui existaient depuis l'accident de 1997.

L'existence d'un lien de causalité entre les troubles dégénératifs persistants après avril 2015 et cet accident n'est toutefois confirmée ni par le Dr M. _____, ni par le Dr S. _____, dont les rapports tiennent compte de l'évolution et des investigations ultérieures, en particulier des résultats des deux séjours à la Clinique D. _____. Le Dr M. _____ a établi son rapport du 30 janvier 2020 après avoir examiné le recourant et pris note des plaintes de celui-ci. Il a admis un lien de causalité partiel entre les lombalgies, qualifiées de banales, et l'ancienne fracture de L3, tout en relevant qu'il s'agissait d'une fracture de peu de gravité et que la discopathie L3-L4 associée au rétrécissement canalaire

observée à l'IRM en mai 2019 n'avait pas de traduction clinique. L'accident d'octobre 2014 avait en revanche probablement provoqué une tendino-bursite trochantérienne à la hanche droite, laquelle était guérie puisque l'imagerie effectuée lors du deuxième séjour à la Clinique D._____ ne montrait plus qu'une minime bursite. Il appuyait son appréciation sur le fait que l'assuré avait sollicité des mesures de réinsertion dès 2008 et finalement trouvé un travail en 2013 comprenant des activités « probablement assez physiques » qu'il avait pu exercer durant plus d'une année, en relevant que, selon le dossier de l'OAI, le handicap ressenti par l'assuré ensuite de son accident de 1997 était subjectif, modulé par des facteurs non-orthopédiques, chez un patient présentant en outre des singularités de personnalité. Pour sa part, le Dr S._____, s'appuyant sur les imageries et rapports médicaux établis en temps réels, ainsi que sur la littérature médicale, a conclu dans son rapport de septembre 2021 qu'il n'était pas admissible, scientifiquement et médicalement, que l'événement de 1997 ait eu une prédominance sur la dégénérescence discale L3-L4 observée après l'événement de 2014 et qu'il y avait eu au contraire une évolution progressive de l'état pathologique entamée avant 1997. La fracture de 1997 était survenue sur une colonne déjà dégénérative, avec un début de rétrécissement canalaire, et le disque L3-L4 n'avait pas été atteint et n'avait pas dégénéré à cette occasion, tandis que la chute d'octobre 2014, telle que décrite par l'intéressé, ne pouvait avoir causé une hernie discale.

Les Drs M._____ et S._____ sont ainsi d'accord pour dire que les douleurs lombaires ressenties par le recourant à plus de 6 à 12 mois après la chute de 2014 ne peuvent pas être mises en relation de causalité prépondérante avec l'un ou l'autre des deux événements assurés. Ces deux médecins ont étayé leurs conclusions, l'analyse du Dr S._____ étant au demeurant particulièrement fouillée. Le seul fait que le rapport du Dr M._____ contienne, de l'aveu de l'intimée, quelques contradictions, ne permet pas encore de considérer que son appréciation soit entièrement dénuée de portée. Du reste, s'agissant du lien de causalité, son point de vue est confirmé par le Dr S._____. Il convient par ailleurs de relever que les conclusions des deux médecins conseils de

l'intimée ne sont pas contredites par les médecins traitants du recourant. Les médecins de la Clinique D._____ ne se sont pas prononcés sur la question du lien de causalité entre les douleurs ressenties et les événements assurés, pas plus que le Dr W._____. Cependant, le Dr N._____, que l'intéressé a revu après son deuxième séjour à la Clinique D._____, a clairement mis en lien les douleurs actuelles avec des dysbalances musculaires et le canal lombaire étroit en L3-L4. C'est dès lors à juste titre que l'intimée a mis fin à sa prise en charge avec effet au 30 avril 2020, le statu quo sine vel ante étant largement atteint à cette date.

6. Dans une argumentation subsidiaire, l'intimée a exposé qu'une rente d'invalidité n'entrait pas en ligne de compte même si l'on admettait un lien de causalité entre les douleurs lombaires toujours présentes et la fracture-tassement subie lors de l'événement accidentel de 1997, en raison d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis retenues.

Pour contester cette capacité de travail dans une activité adaptée, le recourant se prévaut essentiellement du rapport établi le 20 mai 2019 par le Dr G._____ et le maître socioprofessionnel qui l'ont suivi aux ateliers de la Clinique D._____. Ceux-ci écrivaient qu'il paraissait peu probable que le recourant soit en mesure de répondre aux exigences du marché de l'emploi en matière de rendement et d'endurance, même dans des activités légères, car les douleurs restaient limitantes. Le recourant observe à cet égard que le Dr W._____ avait confirmé cette appréciation dans son rapport du 15 avril 2021. Comme l'a relevé à juste titre l'intimée en citant l'arrêt TF 9C_441/2019 du 28 octobre 2019, c'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler, appréciation qu'il s'agit cependant de confronter aux avis des spécialistes de l'intégration professionnelle en cas de divergences. En l'occurrence, l'avis établi par le Dr G._____ et le responsable des ateliers de la Clinique D._____ constitue l'un des éléments pris en compte par l'équipe médicale interdisciplinaire de cet établissement pour établir le

rapport de synthèse à l'issue du séjour du recourant. Dans ce contexte, la confrontation opérée par l'intimée entre le rapport spécialisé et le rapport interdisciplinaire est correcte, en ce sens qu'il n'y a pas de contradiction entre le rapport spécialisé des responsables de l'atelier et les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport de synthèse. Ainsi, la baisse des performances après 1h30 à 2h constatée en atelier dans les tâches de serrurerie légères est prise en compte dans les limitations fonctionnelles consistant en une restriction en faveur d'activités légères et épargnant le rachis, ainsi que par la nécessité d'alterner régulièrement les positions.

Pour le surplus, le rapport du Dr B. _____ n'est d'aucun secours au recourant. En effet, ce médecin ne s'est pas prononcé sur les limitations fonctionnelles dans son rapport, préférant que cette question soit évaluée au cours d'un séjour à la Clinique D. _____, où des limitations fonctionnelles définitives ont été déterminées par les médecins au cours du premier séjour du recourant, puis reprises lors du second séjour. Le Dr W. _____, médecin traitant du recourant, a confirmé dans son rapport du 28 décembre 2020 l'amélioration constatée lors du second séjour à la Clinique D. _____, ses doutes sur la reprise d'une activité adaptée étant uniquement en relation avec des éléments étrangers à l'état de santé, à savoir la réalité économique et l'âge de son patient. De même, dans son rapport du 15 avril 2021, le Dr W. _____ n'a opposé aucun élément d'ordre médical qui n'aurait pas été déjà pris en compte par les médecins de la Clinique D. _____, respectivement par le Dr M. _____. Enfin, les attestations d'incapacité de travail avec pour motif « accident » produites par le recourant, ne sont aucunement étayées et ne remettent donc pas en cause l'appréciation des médecins de la Clinique D. _____ et des Drs M. _____ et S. _____.

Quant à l'argumentation du recourant selon laquelle une rente entière de l'assurance-accidents lui serait due, puisqu'une telle rente lui a été reconnue par l'AI, elle ne peut non plus être suivie. A l'instar de l'intimée, il faut rappeler que les principes développés à l'ATF 126 V 288 ont été abandonnés. Bien que la notion d'invalidité soit en principe identique en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents, il

n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549), tout comme l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3). L'OAI a rendu sa décision en septembre 2017, alors que l'intimée servait encore des indemnités journalières au recourant et avant que ce dernier ne séjourne, à deux reprises, à la Clinique D._____ puis soit examiné par le Dr M._____. En outre, l'avis du 10 juillet 2017 de la Dre A._____ du SMR rappelait que l'assuré avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès 1998, non seulement dans le contexte de la fracture-tassement de la vertèbre L3 liée à l'accident de 1997, mais également en relation avec une hernie discale L5-S1 et un épisode dépressif avec attaque de panique, et constatait qu'une amélioration globale observée en 2010 avait permis la mise en place de mesures de réadaptation, interrompues à diverses reprises. Le médecin du SMR a ensuite constaté que les rapports médicaux postérieurs à l'accident d'octobre 2014 faisaient état d'une décompensation d'un état antérieur précaire en lien avec une hernie discale L3-L4 avec canal lombaire étroit sévère, d'une discopathie L5-S1 et d'un déconditionnement physique, tableau auquel étaient venues s'ajouter des sciatalgies déficitaires par hernie discale L5-S1 droite. La situation médicale prise en compte par l'OAI était ainsi différente de celle entrant dans le champ de compétence de l'intimée. Il est par ailleurs constant qu'en 2017, le recourant était âgé de soixante ans, ce dont l'OAI devait également tenir compte avant de supprimer une rente entière servie depuis près de vingt ans. Tel n'était toutefois pas le cas de l'intimée, conformément au principe selon lequel l'âge n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre (TF 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 7.2).

En conséquence, l'intimée était fondée à retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. La comparaison des revenus ne mettant pas en évidence de perte de gain, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 60'070 fr. 90 et d'un revenu avec invalidité de 69'265 fr., c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit à la rente.

7. Le recourant conclut par ailleurs à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %. L'intimée, qui a alloué une indemnité de 10 % en lien avec le premier accident, puis un complément de 5 % après le second événement accidentel, soit un total de 15 %, fait valoir qu'en réalité, l'ensemble des atteintes accidentelles ne justifiaient pas une indemnité supérieure à 10 %.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, 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. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, 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. 2.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes 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 la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, 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, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) En l'occurrence, le recourant affirme que l'indemnité aurait dû être fixée à 30 %, sans toutefois apporter d'élément d'ordre médical permettant de remettre en cause l'appréciation de l'intimée. Dans sa décision, celle-ci a admis de porter l'indemnité à 15 % au total, suivant en cela l'appréciation du Dr M._____ du 30 janvier 2020 en relevant que l'indemnité de 10 % déjà allouée pouvait être augmentée de 5 % dès lors que l'on admettait une aggravation de la situation médicale. Tel n'était cependant pas l'avis du Dr S._____, qui ne trouvait pas logique d'admettre une augmentation de l'indemnité pour des troubles qui n'étaient pas en relation de causalité avec les événements accidentels. Dans sa décision sur opposition, l'intimée a relevé que l'augmentation de l'indemnité préconisée par le Dr M._____ était erronée. Il s'agit précisément du point qui a amené l'intimée à admettre que l'appréciation

du Dr M. _____ n'était pas exempte de contradictions, puisque le médecin-conseil ne constatait pas d'aggravation des douleurs déjà prise en compte lors de la fixation de l'indemnité à 10 %. Elle a cependant renoncé à revenir sur cette décision.

La question d'une reformatio in pejus du montant alloué pourrait se poser, tant il paraît douteux en effet que le complément de 5 % alloué le 22 janvier 2022 puisse être mis en relation de causalité avec l'un ou l'autre des événements assurés. Cependant, faute d'éléments de nature à remettre en cause l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % en complément aux 10 % d'ores et déjà alloués en 2005, elle peut être confirmée.

8. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise externe pluridisciplinaire.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant. 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 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Carré peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 3 novembre 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 4'162 fr. 65, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 30 septembre 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

IV. L'indemnité de Me Olivier Carré, conseil d'office de E._____, est arrêtée à 4'162 fr. 65 (quatre mille cent soixante-deux francs et soixante-cinq 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 de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour E._____),
- 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 :