

VD_FINDINFO AA 6/15 - 6/2016 vom 18. Januar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-01-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_6_15_-_6_2016

FR: VD_FINDINFO AA 6/15 - 6/2016 du 18 janvier 2016

IT: VD_FINDINFO AA 6/15 - 6/2016 del 18 gennaio 2016

Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 24 al. 1 LAA, 25 al. 1 LAA, 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 3 OLAA

Erwägungen

E. 3

a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). b) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3 et réf. cit.). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b et réf. cit.). L'annexe 3 de l'OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b et réf. cit.). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les

atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1, 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2, 8C_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a). d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la

vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.). Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR 2 ème éd., n° 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les réf. cit.). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3). D'après la casuistique en matière de chute d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre cinq et

huit mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (TF 8C_463/2014 du 24 juin 2015, consi. 5.2.2 et réf. cit.). e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine). A contrario, aussi longtemps que le status quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

E. 4

De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un

expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

E. 5

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

E. 6

a) En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu la fixation du status quo sine six mois après l'événement, estimant que son état de santé n'est pas stabilisé, du fait de la persistance des douleurs lombaires. Se prévalant notamment des rapports des Drs X._____, Z._____ et D._____, il soutient que dites douleurs sont en lien de causalité avec l'accident du 2 novembre 2012 et non pas consécutives à une problématique dégénérative préexistante. b) S'agissant des reproches formulés à l'encontre de la prise de position du Dr B._____, il sera tout d'abord relevé que la qualité relativement médiocre de l'IRM lombaire n'a pas empêché les médecins de se prononcer sur les résultats d'imagerie. Le Dr X._____ conclut à l'existence de protrusions discales et d'une arthrose interfaccetaire débutante. Certes, dans l'en-tête de son rapport, qui comporte bien deux pages et non trois comme soutenu par le conseil du recourant, le médecin radiologue mentionne une

« suspicion de hernie discale suite à un accident en novembre 2012 ». Il convient cependant de replacer cette mention dans son contexte, soit celui du motif médical avancé par le médecin généraliste traitant pour solliciter l'examen IRM. On ne saurait dès lors prêter une quelconque valeur de diagnostic à l'indication d'une suspicion d'hernie discale, cela d'autant plus que celle-ci ne figure pas dans les diagnostics retenus par le Dr X. _____ dans ses conclusions (cf. rapport de l'IRM du 22 mai 2013). Les observations du Dr B. _____ ne divergent par ailleurs pas des conclusions du médecin radiologue, étant précisé que ce dernier n'a pas relevé non plus de lésion post-traumatique, tout comme le Dr D. _____ qui précise, de surcroît sans avoir connaissance des conclusions du radiologue, ne pas voir sur l'IRM de lésion traumatique ou de lésion suspecte d'être séquellaire d'un traumatisme. Le recourant ne saurait donc être suivi sur ce point. Pour ce qui est de l'affirmation du recourant selon laquelle le Dr B. _____ ne poserait pas de constat définitif et certain, puisqu'il indique que « la relation de causalité naturelle s'est vraisemblablement épuisée au terme d'une période de 6 mois au maximum », il convient de rappeler qu'en matière d'assurance sociales, la question de la causalité est tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. consid. 3c supra). Or le Dr B. _____ mentionne expressément qu'il n'y a selon lui plus de relation de causalité naturelle persistante probable ou certaine entre les plaintes et l'événement accidentel du 2 novembre 2012, le status quo sine vel ante ayant vraisemblablement été atteint six mois après l'accident, ce qui apparaît comme étant l'hypothèse la plus probable. Cet argument est dès lors mal fondé. On peut également déduire des rapports des Drs T. _____ et D. _____ que la collaboration de l'assuré aux examens cliniques aura été partielle. L'un et l'autre ont renoncé à la marche sur les talons et les pointes. De plus, le Dr T. _____ mentionne que la marche sans canne est refusée et décrit à plusieurs reprises certains mouvements comme laborieux. Le Dr D. _____ évoque une attitude démonstrative. Dès lors, on ne saurait faire grief au Dr B. _____ d'un manque d'objectivité ou d'exhaustivité dans le cadre de l'exécution de son mandat. Il n'a fait qu'émettre les réserves inhérentes à un examen clinique lorsque que les tests usuels ne peuvent être pratiqués, totalement ou partiellement, peu en importe la raison au demeurant. Quoi qu'il en soit, ce médecin a effectué, en complément à l'examen clinique, une ENMG [électroneuromyographie], laquelle a exclu l'existence d'atteinte neurogène périphérique. c) Quant à l'analyse du Dr T. _____, on ne saurait l'écarter en raison du seul fait que ce dernier est le médecin d'arrondissement de la CNA. En effet, dans ses rapports médicaux, ce médecin présente des résultats convaincants, ses conclusions sont motivées et ses avis ne contiennent pas de contradiction, aucun indice concret ne permettant au demeurant de remettre en cause leur bien-fondé. Il est par ailleurs erroné d'affirmer que le Dr T. _____ se contenterait uniquement de se reporter à l'analyse du Dr B. _____ en ce qui concerne les problèmes dorsaux, sans autres explications. En effet, afin d'étayer ses conclusions, le médecin de la CNA a également procédé à un examen orthopédique du dos en date du 15 juillet 2013 ainsi que lors de l'examen final du 31 janvier 2014. Ainsi, les rapports du médecin d'arrondissement de la CNA remplissent tous les réquisits de la jurisprudence en la matière (cf. consid. 4 ci-dessus). d) Le médecin traitant de l'assuré, le Dr Z. _____, soutient certes qu'il n'existait pas de circonstances particulières susceptibles d'influencer défavorablement le processus de guérison, telle une maladie antérieure. Or les Drs B. _____, T. _____ et D. _____ relèvent tous une atteinte dégénérative sur la base de l'examen IRM lombaire. Le médecin traitant mentionne également la persistance d'un dommage mais sans faire la démonstration d'une relation de causalité entre l'accident et

le dommage, lequel pourrait au demeurant tout aussi bien avoir pour origine l'atteinte dégénérative. e) Ainsi, en l'absence de lésions traumatiques de la colonne lombaire consécutives à l'accident du 2 novembre 2012 autres que les contusions diagnostiquées le jour même de l'accident par les médecins du C. _____, le status quo sine vel ante tel que retenu par la CNA six mois après l'événement accidentel et la décision de clore le cas au 31 mars 2014 ne sont pas critiquables. Cela d'autant plus au vu de la jurisprudence citée par l'intimée au consid. 5b in fine de sa décision sur oppositions. En effet, selon une jurisprudence constante, l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale se résorbe en général dans un délai de six à neuf mois, mais au plus tard après un an (TF 8C_1009/2009 du 4 mai 2010, consid. 3.1.1 et réf. cit.). Le recourant ne peut rien exciper du rapport du Dr D. _____ à l'encontre de cette appréciation. Bien au contraire, celui-ci ne pose aucun diagnostic et ne se prononce pas sur le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte lombaire. Il exclut en outre toute indication à une intervention neurochirurgicale, ce qui pourrait en l'état parler en faveur d'un état de santé stabilisé. Quant à sa recommandation de poursuite de la prise en charge de l'atteinte lombaire, elle se justifie déjà par la seule atteinte dégénérative. f) Enfin, on ne peut déduire d'aucun rapport médical que l'atteinte au pied droit consécutive à l'accident du 2 novembre 2012 entraînerait à elle seule une incapacité de travail. Ainsi, l'appréciation du Dr T. _____, soit celle d'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle avec équipement orthopédique adapté, ne peut être que suivie. g) Quand bien même le recourant n'a pas contesté l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes psychiques diagnostiquées par le Dr P. _____, on observera, par surabondance de droit, qu'en présence d'un accident de gravité moyenne stricto sensu, comme c'est le cas en l'espèce, aucun des sept critères dégagés par la jurisprudence ne paraît réalisé (cf. supra consid. 3d in fine). Quant au diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, on rappellera qu'il émane du Dr Z. _____, médecin généraliste et non psychiatre, et qu'il n'est pas objectivé. De surcroît, il n'a pas été confirmé postérieurement par le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

E. 7

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

E. 8

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

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

E. 9

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

E. 10

a) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). b) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'espèce, Me Yann Jaillet a fixé à 9.5 heures le temps consacré à ce dossier depuis le 26 janvier 2015, ses dépens se montant à 21 fr. C'est ainsi un montant de 1'710 fr (9.5 heures x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8 % d'un montant de 136 fr. 80. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 21 fr., TVA à 8 % en sus, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 1'869 fr. 50. La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.