

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 763 vom 23. Oktober 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-10-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__763

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 763 du 23 octobre 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 763 del 23 ottobre 2014

Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, LIEN DE CAUSALITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, SOINS MÉDICAUX, THÉRAPIE, FORCE PROBANTE, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE} | 10 al. 1 LAA, 21 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, 25 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 43 al. 1 LPGA, 44 LPGA, 61 let. c LPGA, 36 al. 1 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.10.2014 Arrêt / 2014 / 763

ACCIDENT PROFESSIONNEL, LIEN DE CAUSALITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, SOINS MÉDICAUX, THÉRAPIE, FORCE PROBANTE, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE} | 10 al. 1 LAA, 21 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, 25 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 43 al. 1 LPGA, 44 LPGA, 61 let. c LPGA, 36 al. 1 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 64/12 - 109/2014 ZA12.025791 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 23 octobre 2014 _____ Présidence de _____ Mme Röthenbacher Juges : _____ MM. NeuMerz Greffier : M. _____ Germond ***** Cause pendante entre : A. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 21 al. 1 let. c, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 OLAA E n f a i t : A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, était employé en qualité de maçon par la Ville de [...] depuis le 1 er octobre 2001. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. Selon un constat d'accident (piéton) du 13 avril 2007 établi par le Groupe-accidents de la Police municipale de [...], l'assuré a été victime en date du 15 mars 2007 d'un accident de la voie publique ; heurté à sa jambe gauche par le pare-chocs arrière d'une voiture qui reculait, il est tombé puis s'est fait écraser son pied gauche par l'un des pneus du véhicule en question. L'assuré a été transporté au CHUV. Le cas a été annoncé à la CNA par déclaration de sinistre LAA du 28 mars 2007 de l'employeur. Dans un rapport médical LAA du 11 juillet 2007, le Dr F. _____, chef de clinique au Département de l'Appareil Locomoteur du CHUV, ayant prodigué les premiers soins le jour de l'accident, a posé le diagnostic de fracture médio-diaphysaire des deux os de la jambe gauche. Cette fracture a été traitée par une réduction fermée et ostéosynthèse par un clou T2. Il était également mentionné une incapacité de travail de l'assuré à 100 % dès le 15 mars 2007. Selon un rapport intermédiaire du 4 décembre 2007 du Dr R. _____, médecin assistant Senior à l'Hôpital

orthopédique de la Suisse romande de [...], l'évolution était objectivement et subjectivement favorable. Ce médecin indiquait une reprise de travail à 50 % dès le 13 août 2007 puis à 100 % dès le 19 novembre 2007. Par l'envoi d'une nouvelle déclaration de sinistre LAA du 15 décembre 2008 à la CNA, l'employeur a notamment indiqué comme type de lésion « opération/ôter les fers ». Dans un courrier du 9 janvier 2009 à l'intention du conseil de l'assuré, le Dr F. _____ a écrit que celui-ci présentait toujours des douleurs péjorées à l'effort ainsi que des lâchages du genou gauche d'origine musculaire. A l'examen clinique, il était observé une importante amyotrophie du quadriceps et des troubles trophiques cutanés au niveau de la jambe gauche accompagnées d'une hyperalgie au toucher. Le membre inférieur était normo-axé et la cheville et le genou gauche étaient stables avec une mobilité complète et symétrique. Selon le médecin, dans la situation actuelle, l'assuré était inapte à travailler comme maçon et à effectuer des travaux lourds avec obligation d'être en position debout ou de fournir des efforts mettant à contribution sa jambe gauche. En revanche, il était apte à 100 % pour des travaux légers et en position assise. Dans un rapport du 6 février 2009, le Dr F. _____ a écrit que l'assuré a présenté des douleurs chroniques de la jambe droite avec lâchages du genou. Le patient a bénéficié d'une AMO (ablation du matériel d'ostéosynthèse) le 5 décembre 2008 avec une évolution lente mais toutefois favorable. L'assuré gardait encore des douleurs à l'effort et en position debout longue. Le bilan radiologique montrait une fracture de la jambe consolidée et normo-axée. Le 28 avril 2009, le Dr P. _____, orthopédiste FMH, a posé les diagnostics de status après fracture de la jambe gauche, traitée par ostéosynthèse et de status après ablation du clou centro-médullaire, séquelles résiduelles. Il concluait son rapport comme il suit : “ Nous nous trouvons dans le cas typique où le patient a été victime d'un accident de voie publique comme piéton avec une fracture de la jambe gauche avec une importante contusion des parties molles qui sont d'ailleurs probablement à l'origine des problèmes d'aujourd'hui. Le traitement était tout à fait adéquat, ostéosynthèse par clou centro-médullaire sans défaut de rotation avec une bonne longueur des membres. Actuellement, le patient se plaint des lâchages du genou gauche qui est par ailleurs tout à fait normal avec un quadriceps à gauche qui est nettement plus faible qu'à droite. D'un autre côté, nous apercevons très clairement un œdème pâteux surtout de la partie distale de la jambe combinée avec un dermite ocre. J'ai essayé d'expliquer au patient qu'à un moment donné, nous ne pouvons plus améliorer véritablement la situation et que la médecine aujourd'hui n'est malheureusement pas un bâton magique qui peut rendre la jambe comme avant l'accident. Tout de même, je lui ai conseillé quelques mesures dont par exemple le port de bas de contention pour le travail, de mettre l'accent sur le renforcement du quadriceps qui va à coup sûr améliorer son sentiment d'instabilité au niveau du genou. Dans ces conditions, je pense également que la capacité de travail pourrait être augmentée. Il est également clair qu'aujourd'hui, 2 ans après l'accident et 5 mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, les séquelles qu'on aperçoit sont probablement définitives, mise à part la faiblesse du quadriceps. ” Le médecin estimait que la capacité de travail de l'assuré comme maçon était de 50%. Le 16 juin 2009, le Dr C. _____, chirurgien orthopédiste FMH, médecin d'arrondissement de la CNA, a établi un rapport suite à un examen du même jour. Il a posé le diagnostic d'amyotrophie résiduelle avec signes de souffrance du genou gauche, sous forme essentiellement d'un syndrome fémoro-rotulien avec lâchages. Il était d'avis qu'un séjour à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la SUVA/CNA à [...] pouvait être très utile. Dans un rapport du 14 juillet 2009, le Dr F. _____ a relevé que l'évolution était stagnante avec persistance des douleurs surtout à l'effort au niveau de la jambe gauche. Au status, la mobilisation du genou

et de la cheville gauche était complète et symétrique. Le membre inférieur gauche était normo-axé. L'angle du pas était symétrique. Il était constaté une amyotrophie du quadriceps avec épanchement minime au niveau du genou gauche. Le travail avait été repris à 60% dès le 2 juin 2009. L'assuré a déposé une demande AI le 1^{er} septembre 2009 concluant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle ainsi qu'à une rente. L'assuré a séjourné à la CRR du 4 août au 1^{er} septembre 2009. Dans un rapport du 9 septembre 2009, le Dr D. _____, médecin adjoint, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en chirurgie orthopédique, et la Dresse X. _____, médecin hospitalier, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) et les diagnostics secondaires de : - douleurs chroniques de la jambe gauche (M 79.6) - fracture médio-diaphysaire de la jambe gauche traitée par enclouage le 15.03.2007, AMO le 05.12.2008 avec douleur neurogène (T 93.2 ; Z 98.8) - neuropathie du nerf saphène interne gauche (G 62.9) - état de stress post-traumatique, en rémission incomplète (F 43.1) - trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22). Le rapport se terminait ainsi : " A l'admission, le patient rapporte des douleurs de type brûlures à la face antéro-interne de la jambe, avec hypoesthésie et des douleurs périrotuliennes. Des lâchages surviendraient sans relation avec les douleurs, par une flexion impromptue du genou. Les douleurs sont diurnes et nocturnes, à prédominance vespérale, météo-dépendantes, augmentées par l'effort. Le périmètre de marche serait de 30'. Cliniquement, on note une discrète boiterie, une amyotrophie importante du quadriceps et du mollet gauche. Les douleurs sont déclarées à la palpation du tibia, diffuses, en particulier sur la moitié distale. On constate un empâtement sous-rotulien ainsi qu'au tiers distal de la jambe gauche. Les mobilités du genou et de la cheville sont complètes et indolores. Les tests ligamentaires et méniscaux sont sans particularité. On note un discret rabet rotulien gauche. Un bilan neurologique avec ENMG [électro-neuro-myogramme] est effectué. Cet examen conclut à une neuropathie du nerf saphène interne gauche, responsable de douleurs neurogènes, probablement par mécanisme d'étirement au moment de l'accident. Une partie des douleurs au moins déclarées par le patient peuvent être rapportées à la neuropathie. Un traitement de Lyrica est introduit. Un bilan radiologique standard des genoux est effectué. On ne relève rien de particulier si ce n'est une discrète diminution de l'espace articulaire du compartiment externe à gauche par rapport au côté droit. Une scintigraphie osseuse est réalisée : cet examen montre des altérations compatibles après l'ablation du clou centro-médullaire en décembre 2008. Il n'y a pas d'image caractéristique d'algodystrophie. Le bilan biologique ne montre pas de syndrome inflammatoire. On note une cholestérolémie à la limite supérieure de la norme. Une consultation diététique est effectuée : l'anamnèse alimentaire relève une alimentation très irrégulière, avec des repas vespéraux copieux et la consommation d'aliments sucrés (gâteaux, biscuits et glaces). Des conseils pratiques pour un meilleur équilibre alimentaire ont été donnés au patient qui a suivi un régime pauvre en graisse durant le séjour. On note une perte pondérale de 4 kg à la sortie. L'évaluation psychiatrique met en évidence un état de stress post-traumatique, en rémission incomplète, l'accident ayant bouleversé le cours de l'existence d'un homme apparemment travailleur, doté de bonnes ressources adaptatives, soucieux du bien-être matériel de ses proches. Il n'apparaît pas comme revendicateur d'un dédommagement financier. Par contre, la perte de son intégrité physique représente un facteur de déstabilisation important pour un homme plutôt sportif et travailleur de force. Il est proposé des mesures réitérées de réassurance pour une remise en confiance et l'instauration d'un traitement antidépresseur de Sertraline le matin et Trittico le soir. Durant le séjour, le traitement de Sertraline a été

progressivement augmenté et le traitement de Trittico stoppé le soir, le patient préférant simplifier le traitement médicamenteux. Un suivi psychothérapeutique a également été effectué avec une initiation à la relaxation. On note durant le séjour une diminution de l'anxiété mais des préoccupations professionnelles qui restent importantes pour son avenir. Il est prévu une poursuite du suivi psychothérapeutique en ambulatoire, auprès de Mme K. _____, qui a suivi le patient avant le séjour. En physiothérapie, le patient a suivi un programme de renforcement musculaire du membre inférieur gauche en chaîne ouverte et fermée, avec électrostimulation (Compex) d'exercices de proprioception, de traitement de la cicatrice du genou (pour le détail cf. rapport de physiothérapie). Subjectivement, le patient ne rapporte pas de diminution des douleurs mais il note une amélioration de la force. Objectivement, on relève une diminution de la boiterie, un discret déficit de déroulement du pied qui est persistant. On constate une amélioration de la force du quadriceps gauche et ischio-jambier gauche qui reste toutefois à environ 1/3 des valeurs du membre inférieur droit. Au test de marche de 6' le patient parcourt 580 mètres. Il est relevé une participation excellente du patient. En l'absence de réel impact fonctionnel de la rééducation, il n'est pas proposé de poursuite de la physiothérapie ambulatoire. En ergothérapie, des thérapies de désensibilisation ont été effectuées et des exercices enseignés. On ne note pas d'évolution nette en fin de séjour. Il n'est pas proposé de poursuite de l'ergothérapie en ambulatoire par contre le patient a été encouragé à poursuivre les exercices à domicile. Des tests fonctionnels sont effectués en fin de séjour. Au questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le patient), le score est de 153, ce qui correspond à un effort moyen à lourd. Au test de port de charge, le patient porte horizontalement 32,5 kg, du sol à la taille 25 kg, taille-tête 27,5 kg, à droite 25 kg et à gauche 17,5 kg. Au vu du résultat du test de port de charge, on peut relever que le patient estime correctement ses aptitudes fonctionnelles. En résumé, d'un point de vue médical, on retient un status après fracture médio-diaphysaire de la jambe gauche traitée par enclouage le 15.03.2007, avec AMO le 05.12.2008 et une neuropathie du nerf saphène interne gauche. Les douleurs déclarées avec le patient sont probablement d'origine mixte, orthopédique et neurogène. Le bilan radiologique (radios standard et scintigraphie) n'a pas montré de signe d'algodystrophie. Un traitement de Lyrica a été introduit, avec un certain bénéfice. Il n'y a pas de névrome mis en évidence. Les douleurs peuvent également être favorisées par une amyotrophie du membre inférieur gauche mais il n'y a pas de nette amélioration de la force en fin de séjour, malgré une excellente participation du patient à un programme intensif. On peut considérer la situation médicale comme stabilisée. Un état de stress post-traumatique en rémission incomplète et un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive ont été retenus motivant l'introduction d'un anti-dépresseur. Une poursuite de la psychothérapie ambulatoire est indiquée. Du point de vue professionnel, M. A. _____ travaille comme maçon, avec CFC, comme employé de la Commune de [...]. Le patient a repris son activité professionnelle depuis le 02.03.2009 à 50 % et à 60 % depuis le 02.06.2009, dans une activité adaptée, plus légère. D'un point de vue médical, la situation est stabilisée. Le patient présente des limitations pour la marche en terrain irrégulier, la montée descente fréquente d'escalier ou d'échelle, et position à genoux ou accroupie répétée et le port de charge lourde répétée au-dessus de 15-20 kg. Au vu de ces limitations, l'activité de maçon n'est plus réalisable. Une réorientation professionnelle est indiquée. Durant le séjour, une demande AI a été déposée. Actuellement, le patient est très affecté par cette nécessité d'une réorientation professionnelle. Ceci a été discuté à plusieurs reprises avec lui durant le séjour. Aux ateliers professionnels, des entretiens ont eu lieu pour établir un dossier de

candidature. Le patient peine à se projeter dans une autre activité. Pour l'instant, il a souhaité reprendre son activité habituelle au taux de 60 %. Durant le courant du mois de septembre, il est prévu un entretien avec le médecin-conseil de l'entreprise. Suite à cet entretien, nous proposons à la Suva [...] de voir avec le patient quelles seraient les possibilités de réorientation à l'intérieur même de l'entreprise. INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MAÇON QUALIFIÉ 40 % dès le 02.09.2009 au 30.09.2009, à réévaluer " Le 4 mai 2010, le Dr C. _____ a procédé à l'examen final et a établi un rapport selon lequel du point de vue subjectif, des douleurs étaient mentionnées avec nécessité de médication antalgique, difficultés de repos nocturne, marche à plat limitée à environ 2 km, diminution de force, difficultés pour se déplacer dans les escaliers ainsi que météo-sensibilité. Objectivement, il était constaté surtout une importante amyotrophie tant au niveau de la cuisse qu'au niveau du mollet, une anesthésie « habituelle » de la zone cutanée latéro-tendineuse externe après une incision longitudinale. Quelques paresthésies étaient également mentionnées (inconstantes) dans la partie inférieure et interne de la jambe. Une « bosse » médio-diaphysaire interne en correspondance avec un cal un peu exubérant était décrite comme sensible. La cicatrice mentionnée était grevée d'un problème d'épithélialisation probablement séquellaire à un grattage. L'articulation du genou était par ailleurs hypothermique. Quelques traits anxiodépressifs étaient relevés. Le médecin notait également un petit épanchement du côté controlatéral ainsi que la notion anamnestique de lombalgies. Pour le Dr C. _____ la situation était stabilisée. L'activité de maçon n'était plus exigible. En revanche, toute activité ne comportant pas de long déplacement à plat, de déplacement sur terrain inégal, de transport de charges lourdes et d'activité en position accroupie pouvait être exercée sans limite de présence ni de rendement, immédiatement. Dans un rapport du 7 juillet 2010, le Dr B. _____, chirurgien FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a expliqué qu'aucune atteinte dont souffrait l'assuré ne se rapportait au contenu des tables concernant les atteintes à l'intégrité selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20) et que l'assuré n'avait pas droit à une IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité). Dans un courrier du 9 juillet 2010 adressé au conseil de l'assuré, la CNA expliquait d'ores et déjà qu'elle ne reconnaîtrait pas de relation de causalité adéquate entre les troubles psychogènes présentés par l'assuré et l'accident du 15 mars 2007. Il résulte d'un projet de décision du 21 décembre 2010 de l'OAI (Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud) refusant le droit à des mesures professionnelles qu'après avoir envisagé divers projets de reclassement hors de la Ville de [...], où aucun poste adapté ne semblait envisageable, il avait été proposé à l'assuré un nouvel emploi auprès de la Ville de [...] que celui-ci occupait à 100 % avec le même salaire. Ce projet de décision a été confirmé pour les mêmes motifs par décision du 22 mars 2011. Dans un courrier du 21 octobre 2011 à l'OAI, la répondante des ressources humaines du Service des routes et de la mobilité de la Ville de [...] a écrit que l'assuré avait repris un travail à 100 % dès le 30 août 2010 en qualité d'ouvrier sans CFC, sa principale activité étant le nettoyage des WC publics de la ville. Depuis sa reprise d'activité, l'assuré n'avait connu aucune absence pour raison de maladie ou d'accident. Son travail était de bonne qualité et le rendement fourni correspondait à son taux d'activité. Son revenu était identique à celui qu'il percevait alors qu'il occupait la fonction de maçon. Dans un projet du 27 octobre 2011, l'Office de l'AI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente. Dans une décision du 2 novembre 2011, la CNA a écrit à l'assuré que les conditions requises pour l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas remplies puisqu'il n'y avait pas de perte de gain due à

l'accident. Celui-ci n'ayant pas entraîné d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique de l'assuré, l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne se justifiait pas. En outre, la CNA écrivait que selon les conclusions médicales de l'examen médical du 4 mai 2010, il n'y avait plus de nécessité de traitement médical mais que les médicaments antidouleurs seraient pris en charge jusqu'à fin 2011. Dans un certificat médical du 14 novembre 2011, le Dr W. _____, interniste FMH, a attesté que l'assuré présentait une perte de tissus musculaires, une atrophie musculaire, un lymphoedème chronique et des troubles trophiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané du membre inférieur gauche. Il y avait des séquelles qui étaient permanentes et qui produisaient un handicap à vie ; l'assuré était empêché d'effectuer certaines tâches demandées par son activité professionnelle actuelle ; il était devenu obèse. La douleur persistait au niveau du membre inférieur gauche notamment lors de la marche et la position debout prolongée. L'assuré présentait encore des douleurs dorsales lors de la marche et la portée de poids. Il présentait des séquelles neurologiques avec réflexes rotuliens et achilléens faibles ainsi qu'une diminution de la force musculaire du membre inférieur gauche en rapport avec une neuropathie objectivée par un électro-neuro-myogramme. Si l'assuré maintenait péniblement une activité professionnelle, c'était grâce au suivi et au traitement. Le pronostic concernant son appareil ostéo-articulaire était sombre vu sa boiterie, la marche et la statique asymétrique. L'assuré présentait déjà une arthropathie du genou gauche. Le médecin écrivait encore que vu la bonne disposition et la déstructuration de la personnalité « de ce père de famille habitué au travail », il avait favorisé sa réintégration la plus complète possible dans une activité compatible avec son état. Pour l'instant l'assuré maintenait son activité même s'il était à la limite de ses capacités. Du point de vue esthétique, celui-ci présentait une importante cicatrice entourée d'une zone de dermite ocre assez importante et facilement remarquable. Du point de vue social, l'assuré présentait des limitations définitives pour sa participation aux tâches ménagères. Il était impensable qu'il puisse un jour jouer un match de football ou partager avec son fils basketteur. D'un point de vue psychiatrique, l'assuré présentait un changement de l'humeur avec irritabilité et traits paranoïaques apparus après l'accident, correspondant au diagnostic de stress post-traumatique diagnostiqué par les spécialistes de la CRR. Le 21 novembre 2011, l'assuré s'est opposé à la décision du 2 novembre 2011 de la CNA s'agissant du traitement médical ainsi que l'indemnité pour atteinte à son intégrité physique et mentale. Par courrier de son conseil du 1^{er} décembre 2011, l'assuré a confirmé son opposition. Dans une « appréciation médicale » du 2 décembre 2011, le Dr B. _____ a écrit que les divers examens cliniques effectués chez l'assuré et en particulier le dernier examen clinique effectué à l'agence le 4 mai 2010 démontraient que, bien que l'assuré ait des douleurs au niveau de sa jambe gauche avec amyotrophie du membre inférieur gauche, il ne souffrait pas de troubles fonctionnels du membre inférieur gauche, de troubles résultant de la perte d'un ou plusieurs segments du membre inférieur gauche, de troubles qui résultaient d'une arthrose ou d'instabilités articulaires du membre inférieur gauche séquellaires de l'accident de mars 2007 susceptibles d'ouvrir un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Restait à la charge de la Suva, en fonction de l'art. 21 let. c LAA le traitement antalgique. Au surplus, il était relevé que le Dr C. _____ avait en outre préconisé une participation au fitness jusqu'à fin 2011 afin que le patient puisse bien comprendre et apprendre les exercices à faire pour combattre l'amyotrophie du membre inférieur gauche. Par décision du 6 décembre 2011, l'Office de l'AI a rejeté la demande de prestations. Le 1^{er} juin 2012, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé la décision entreprise du 2

novembre 2011. D'avis que l'état de santé de l'intéressé était stabilisé sans qu'un traitement médical ne soit susceptible d'améliorer de manière notable la situation et se basant sur l'avis de ses médecins d'arrondissement, elle a estimé que c'était à juste titre que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assuré n'avait pas été allouée. Ses constatations étaient notamment les suivantes : “ 6. En l'espèce, le litige à trancher est de nature essentiellement médicale. Déjà dans son appréciation du 7 juillet 2010, le Dr B. _____, à l'instar du Dr C. _____, a retenu que les troubles résiduels au membre inférieur gauche présentés par l'assuré n'ouvrent pas droit à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au regard des tables 2 des Informations de la Suva (troubles fonctionnels des membres inférieurs), 5 (arthroses) et 6 (instabilité articulaire). Ledit spécialiste en traumatologie de la Suva qualifie la mobilité du genou comme étant excellente. L'arthrose fémoro-patellaire gauche, également constatée au membre inférieur droit, ne cause ni épanchement intra-articulaire symptomatique ni limitation fonctionnelle du genou. Il existe certes une importante amyotrophie au niveau de la cuisse et du mollet, une diminution de la force et des douleurs résiduelles. Toutefois, lesdits troubles ne correspondent pas à une atteinte à l'intégrité indemnisable. Le 2 décembre 2011, le Dr B. _____ a confirmé ses conclusions précédentes après avoir pris connaissance des objections de l'opposant. ” B. Par acte du 29 juin 2012, A. _____, représenté par Me Muriel Vautier, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu avec dépens et principalement, à la réforme de la décision sur opposition attaquée en ce sens qu'il a droit à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée à dire de justice mais au minimum de 25 % ainsi qu'à la poursuite de la prise en charge du traitement médical, en particulier du traitement par physiothérapie. Le recourant a conclu subsidiairement, à l'annulation de la décision querellée ainsi qu'au renvoi du dossier de la cause à la CNA pour nouvelle décision. Sur le fond, il se prévaut d'une contradiction entre l'importance de ses limitations fonctionnelles et le refus du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) ainsi que de la nécessité de la poursuite de son traitement médical, sans lequel il expose ne pas être à même d'assumer l'exercice de son activité professionnelle. Le recourant observe qu'il est peu compréhensible de lui refuser le droit à une IPAI. Il expose à cet égard que l'appréciation du 7 juillet 2010 du Dr B. _____ n'est pas fondée. Il soutient qu'au vu de la persistance de douleurs chroniques au membre inférieur gauche, un traitement antalgique médicamenteux régulier ainsi que des séances de physiothérapie sont encore nécessaires. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en se réservant de produire ultérieurement des rapports complémentaires. Dans sa réponse du 2 novembre 2012, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a également indiqué que de plus amples mesures d'instruction ne sont pas nécessaires. Au terme de sa réplique du 29 novembre 2012, le recourant a maintenu les conclusions de son mémoire du 29 juin 2012. Il a produit en annexe, un rapport du 27 août 2012 du Dr F. _____, dont la teneur est la suivante : “

1. Quelle est l'évolution de l'état de santé de M. A. _____ après l'accident du 15 mars 2007 ? L'évolution est marquée par la persistance de douleurs de la jambe gauche, du genou gauche ainsi que de la face interne de la cheville gauche. Les douleurs sont en augmentation après et en fin de journée de travail. a) Comment les affections ont-elles évolué ? L'évolution est stagnante. b) Quelles sont les affections qui se manifestent principalement à l'heure actuelle ? Douleurs de la jambe à l'effort, à la station debout prolongée ainsi qu'à la marche. 2. L'état définitif est-il atteint ? Oui. 3. Est-il vraisemblable

qu'une amélioration durable puisse intervenir ? Compte tenu du délai post-opératoire, une amélioration de la situation est peu vraisemblable. Il est toutefois nécessaire de continuer de la physiothérapie afin de maintenir la trophicité musculaire ainsi que le niveau d'activité actuel. Si oui, quelles mesures thérapeutiques recommandez-vous ? Physiothérapie. 4. Invalidité ? a) Quelles sont les limitations fonctionnelles de M. A. _____ ? Du point de vue fonctionnel, la mobilisation au niveau du genou et de la cheville gauche[s] sont complètes et symétriques. b) M. A. _____ doit-il pouvoir bénéficier de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité de gain (not. médication antalgique, séances de physiothérapie, etc) ? Une physiothérapie d'entretien est nécessaire afin de maintenir le niveau d'activité actuelle. 5. Y a-t-il une atteinte à l'intégrité importante et durable au sens de l'article 24 LAA ? Sur le plan médical, nous pouvons estimer que son atteinte est importante dans la mesure où elle touche l'articulation du genou, de la cheville ainsi que le tibia gauche[s] et ce de façon durable. En revanche, l'appréciation juridique sous l'angle de l'article 24 LAA incombe à l'assureur LAA. Je vous laisse donc le soin de vous déterminer en conséquence. ” Le recourant a produit également une expertise privée du 11 septembre 2012 établie par le Dr S. _____, médecin adjoint du team genou de l'Hôpital cantonal de [...], dont le rapport a notamment la teneur suivante : “ DIAGNOSTIC Etat après fracture médio-diaphysaire de la jambe gauche traitée par enclouage centro-médullaire le 15.03.2007 et ablation de matériel le 05.12.2008. Neuropathie du nerf saphène interne gauche. Douleurs chroniques jambe gauche. Dermite ocre post-traumatique jambe gauche. Etat de stress post-traumatique, rémission incomplète. REPONSES AUX QUESTIONS 6. Evolution de l'état de santé après l'accident ? Sur le plan orthopédique et osseux l'évolution est favorable avec une consolidation osseuse acquise de la fracture autorisant une ablation de matériel. Toutefois sur le plan locomoteur il existe une évolution défavorable avec une persistance d'une amyotrophie musculaire tant de la cuisse que du mollet. Il y a également une persistance de la symptomatologie douloureuse se manifestant au quotidien de jour comme de nuit, essentiellement sous forme de brûlure ou de dysesthésie sur le versant antéro-médial de la jambe irradiant jusque dans la plante du pied. Cette symptomatologie est figée depuis 2010 et ne présente plus d'évolution favorable ou défavorable. Toujours au niveau orthopédique, le patient a développé une symptomatologie fémoro-patellaire sur déconditionnement du genou et qui n'est pas en lien direct avec l'accident mais qui le handicape occasionnellement. Sur le plan psychique le patient a de la peine à surmonter cet état de fait, à savoir la chronicisation de sa douleur et l'impotence fonctionnelle qui en résulte. En effet, il se décrivait comme un individu très actif ayant une vie sociale et familiale équilibrée. Depuis l'accident il ressent une tristesse qu'il ne parvient pas à surmonter et cette situation génère des tensions dans le couple, dans la mesure où il refuse des activités telles que sorties en famille ou promenade en raison de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle à la marche. 7. Etat définitif Actuellement, à bientôt 5 ans de l'accident, la situation sur le plan orthopédique et osseux est stable avec une consolidation du foyer de fracture. Sur le plan des douleurs neurogènes la situation ne va également pas évoluer davantage dans un sens ou dans l'autre. Je dirais que la situation est donc stabilisée de ce côté-là et que le patient va persister dans une symptomatologie douloureuse en regard de la jambe. 8. Est-il vraisemblable qu'une amélioration durable puisse intervenir ? Sur le plan orthopédique je ne prévois pas d'amélioration durable de la situation selon description jointe. Un suivi régulier par un chirurgien orthopédique peut s'avérer utile pour juger de l'indication à une prescription de physiothérapie visant à maintenir une proprioception aussi bonne que possible du genou. 9.

Invalidité a) Les limitations fonctionnelles du patient se manifestent essentiellement par une déambulation limitée et douloureuse. Le port de charges est également douloureux pour le patient et empêche une activité de force dans son travail comme maçon. Actuellement la situation est acceptable pour lui, du moment qu'il n'a que peu de trajet à faire jusqu'à son lieu de travail. b) Pour maintenir de façon durable sa capacité de gain, il est souhaitable que le patient puisse bénéficier d'un traitement antalgique au long cours, qui semble lui convenir. Occasionnellement et à raison de 1 x par année, un travail de proprioception en regard du genou pourrait être utile afin de maintenir le reste de la tonicité musculaire et l'équilibre des chaînes antérieures et postérieures du genou. Le patient reste également limité quant à l'estime de soi et un suivi et soutien psychologique serait souhaitable pour assurer son équilibre familial et professionnel.

10. Y a-t-il une atteinte à l'intégrité importante et durable au sens de l'art. 24 LAA ? En se basant sur la table de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA il ressort qu'en ce qui concerne le genou ou la cheville, il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité au sens strict. Par contre, au vu de la symptomatologie douloureuse présentée par le patient et clairement liée à une neuropathie du nerf saphène interne gauche, et par analogie à la paralysie du nerf sciatique poplité externe (10%), un taux d'atteinte de 10% peut être proposé pour ce diagnostic. Concernant les lésions cutanées constatées en regard de la jambe gauche et par analogie d'une atteinte à l'intégrité lors d'un syndrome post-thrombotique, une indemnité de 5% pour présence d'une dermohypodermite avec eczéma peut entrer en ligne de compte. Actuellement le patient présente un trouble psychique léger faisant suite [à] l'accident survenu et entrant dans la catégorie du syndrome de stress post-traumatique. La situation n'étant pas réglée, il est difficile à évaluer si elle va perdurer ou non, le cas échéant un taux d'atteinte à l'intégrité pour séquelle psychique légère peut être proposé (jusqu'à 20%). Globalement, compte tenu de l'atteinte physique et psychique présentée par le patient lors de cette expertise, je peux proposer une indemnisation des atteintes à l'intégrité entre 10 et 20% étant donné qu'à mon sens la situation sur le plan psychique n'est pas encore stabilisée.

11. Est-il nécessaire en complément de votre évaluation du cas, de consulter des médecins d'autres spécialités? Afin de compléter l'évaluation de ce cas, il serait peut-être souhaitable que le patient puisse examiner un expert en psychiatrie afin de juger de son état psychique et de pouvoir confirmer ou infirmer la consolidation ou non de la situation. ” Dans sa duplique du 6 mars 2013, l'intimée a indiqué maintenir ses précédentes conclusions. Elle a produit un avis de la Dresse J. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, du Centre de compétence de la division Médecine des assurances de la SUVA, dont la partie « discussion » est la suivante : “ Appréciation Il m'a été demandé de prendre position sur la situation spéciale de M. A. _____. Etant spécialiste en orthopédie, je ne peux me prononcer sur un problème psychique ou neurologique. Néanmoins, en concertation avec la Dresse H. _____, spécialiste FMH en neurologie, il ressort, lors de l'examen effectué durant le séjour à la CRR, la présence de douleurs neurogènes sous forme de neuropathie du nerf saphène interne gauche. Lors du dernier examen effectué à l'agence de [...] par le médecin d'arrondissement, il est également mentionné quelques paresthésies (inconstantes) dans la partie inférieure et interne de la jambe gauche. Il est évident que ces signes cliniques énoncés ne sont pas évidents. Cependant, la phase post-traumatique engendrée et la gonalgie doivent nous interpeller, surtout si elles s'accompagnent de paresthésies ou d'une hypoesthésie au niveau de la surface innervée par le nerf saphène interne gauche. Selon la Dresse H. _____, un examen neurologique est nécessaire. Le diagnostic de “douleurs neuropathiques” doit, selon

Treede [...], remplir les critères suivants: il est primordial, sur la base de l'anamnèse et d'un examen clinique, d'identifier la topologie exacte afin de définir si oui ou non la douleur neuropathique correspond réellement à une atteinte au niveau périphérique ou central somato-sensoriel. Le deuxième critère suppose qu'il doit exister une relation temporo-spatiale entre une lésion périphérique ou centrale, c'est-à-dire qu'une atteinte du système somato-sensoriel d'une part et du syndrome douloureux d'autre part, doivent être clairement différenciables. Un autre critère définit qu'un examen neurologique doit en temps normal pouvoir documenter des signes d'aspect négatif (hypoesthésie, hypoalgésie) et/ou des signes d'aspect positif (hyperalgésie, allodynie) qui doivent topographiquement correspondre au syndrome douloureux décrit. Le résultat clinique peut éventuellement également être corroboré par des examens techniques, comme par exemple à l'aide de tests sensoriels quantitatifs, une mesure du potentiel évoqué par stimulation laser (PEL) ou une électro-neurographie. Selon l'atteinte malade de fond, certains examens techniques facultatifs peuvent également être mis en oeuvre pour étayer le diagnostic tel que par exemple l'imagerie par résonance magnétique, la tomodensitométrie ou la confirmation chirurgicale du degré de compression d'un nerf. Il serait théoriquement possible à l'aide de certains processus diagnostiques, de confirmer l'atteinte isolée d'un nerf: à côté de la neurographie sensitive par-dessus tout, il existe le laser-doppler Imaging ou l'examen des potentiels somesthésiques évoqués (PEL). Néanmoins, cette élucidation diagnostique ne devrait avoir lieu que si les douleurs sont considérées comme importantes et si l'investigation débouche par conséquent sur une thérapie. Une décision au niveau assécurologique ne pourra être prise qu'après la présence d'un rapport neurologique approfondi et complet d'une part et du conseil Psychiatrique d'autre part. Le deuxième problème sur lequel nous sommes amenés à prendre position est le cas de stress post-traumatique en rémission incomplète et trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive qui sont retenus en août 2009 à la CRR et repris en mai 2010 avec quelques traits anxio-dépressifs relevés. Il serait judicieux de faire examiner l'assuré par le psychiatre-conseil de l'agence de [...].

Conclusions Ma conclusion dans le cas précis de Monsieur A. _____, ne peut être que généraliste et orthopédique, elle n'exclut en rien le besoin d'un examen poussé par un spécialiste en psychiatrie et un spécialiste en neurologie qui statueront définitivement sur l'octroi ou non d'une IpAI. Nonobstant d'immenses progrès ces dernières décades dans les moyens diagnostiques et la connaissance des mécanismes pathologiques, la médecine, plus qu'une science, reste un art consistant à corroborer symptômes et trouvailles cliniques ou paracliniques afin d'aboutir à un diagnostic de présomption permettant d'appliquer ensuite un concept thérapeutique correspondant à la pathologie suspectée. Avant l'avènement des techniques d'imagerie modernes (CT-scan, IRM), pour le domaine spécifique de l'orthopédie et les pathologies ostéoarticulaires, certaines lésions anatomiques distinctes étaient réunies sous une même entité pathologique, faute de pouvoir être plus précis avant une éventuelle exploration chirurgicale. Ainsi les progrès dans les techniques d'imagerie ont permis de distinguer de manière toujours plus précise différentes pathologies provoquant des troubles fonctionnels douloureux antérieurs du genou, pathologies toutefois encore souvent regroupées dans la littérature anglo-saxonne sous le terme générique d'anterior knee pain. Ces différentes pathologies dégénératives peuvent être liées et/ou correspondre à des stades différents d'affections dégénératives ou inflammatoires. La distinction précise des différents processus pathologiques pouvant provoquer des troubles fonctionnels douloureux antérieurs du genou a permis d'appliquer dans bien des circonstances des thérapies plus ciblées, gages

en principe d'une efficacité accrue. Au niveau du genou donc, hors contexte traumatique, il existe diverses pathologies susceptibles d'entraîner cette vague entité nosologique d'antérieur knee pain. On citera entre autres les conflits fémoro-rotuliens, les tendinopathies quadricipitales distales ou du tendon rotulien, la maladie de Hoffa (caractérisée selon la description originale par une fibrose et des calcifications), les plicae synovialis, certaines affections méniscales, etc. Dans le diagnostic différentiel des anterior knee pain, il faudra ajouter, suivant l'âge, les épiphysites de croissance (maladie d'Osgood Schlatter au niveau de la tubérosité tibiale antérieure, maladie de Sinding-Larsen-Johansson au niveau de la pointe de la rotule), l'ostéo-chondrose de la rotule etc. A cela, il faudra naturellement également ajouter, comme origine possible de douleurs et des troubles fonctionnels antérieurs du genou, des processus expansif tumoraux ou des affections neurologiques. Le but de ce bref exposé n'est pas de passer en revue la longue liste de diagnostics différentiels des douleurs antérieures du genou mais plus simplement de faire comprendre que, hors contexte traumatique, ladite anterior knee pain correspond à un des "serpents de mer" de l'orthopédie, source de nombreuses controverses scientifiques et pour laquelle définir une étiopathogénie précise peut être délicat, en particulier en présence de sommation de diagnostics, respectivement qu'il existe de nombreuses situations pathologiques développementales, dégénératives intrinsèques ou extrinsèques et inflammatoires pour expliquer des douleurs antérieures du genou indépendamment de tout événement accidentel. Puisque de l'analyse des actes on peut sur le plan orthopédique conclure à l'absence de lésions séquellaires post-accidentelles avec répercussions fonctionnelles au niveau du genou gauche, pour l'analyse d'un droit éventuel à une IpAI, seul le statu après fracture médio-diaphysaire de la jambe gauche traitée par enclouage puis AMO est à prendre en considération. Plus de cinq ans après l'intervention chirurgicale, l'assuré ne souffre pas de troubles fonctionnels au niveau du membre inférieur gauche, ni de troubles résultant de la perte d'un ou plusieurs segments de ce même membre ni de troubles résultant d'une arthrose ou d'une instabilité articulaire séquellaires de l'accident du 15 mars 2007 susceptibles d'ouvrir un droit à une IpAI. En toute vraisemblance, il n'existe sur le plan orthopédique pas de lien de causalité entre les événements traumatiques accidentels pris en charge par la Suva de 2007 à 2011 et les douleurs à la jambe gauche avec amyotrophie du membre inférieur gauche diagnostiquée chez l'assuré. Dans ce contexte, si l'on s'intéresse plus spécifiquement au diagnostic retenu comme étiologie des troubles chez l'assuré, à savoir une neuropathie "post-traumatique" du nerf saphène interne seul l'examen neurologique pourra nous le confirmer. " Le 23 avril 2013, le recourant a réitéré sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (neurologique, dermatologique et psychiatrique). E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 56 al. 1, 57 et 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36)

s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et est dès lors applicable dans la présente cause. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente en l'espèce (art. 93 let. a LPA-VD).

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

b) Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) et la poursuite de la prise en charge du traitement médical, notamment de physiothérapie, dans les suites de l'accident du 15 mars 2007.

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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010, consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et 119 V 335 consid. 1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2 et 8C_377/2009 du 18 février 2010, consid. 5.1). Savoir si l'évènement 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées; 119 V 338 consid. 1). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, pour parer aux incertitudes liées aux nombreux cas d'espèce et au risque d'inégalité de traitement, la

jurisprudence a dégagé des critères objectifs en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; cf. TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.1 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 89 ss. p. 868). Ainsi, selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave ; pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; cf. TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013, consid. 3). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1, 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 91 p. 868 ss.). b) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). A teneur de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain. 4. a) L'art. 24 al. 1 LAA énonce que l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), 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. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations 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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (cf. Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (cf. ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 229 p. 915). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1 et les références citées). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. 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 (cf. TF 8C_703/2008 précité, consid. 5.2 avec les références citées). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la CNA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire ce peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; cf. TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013, consid. 6.1 et les références citées). b) Selon la jurisprudence, des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration. Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en oeuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (cf. TF 8C_917/2010 du 28 septembre 2011, consid. 5.2.2 et la jurisprudence citée). Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de causalité adéquate est exceptionnellement admise.

En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en oeuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate, pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulières et qu'en tant que facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. Enfin, en cas d'accidents graves, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier (cf. *ibid.*). 5.

Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; 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 les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). 6. a) Le recourant soutient avoir droit à une IPAI en raison des troubles psychiques dont il souffrirait. Les spécialistes de la CRR ont retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique en rémission incomplète comme l'a fait l'expert privé, le Dr S._____. Le Dr C._____ a relevé des traits anxio-dépressifs et le Dr W._____ un changement de l'humeur avec irritabilité et traits paranoïaques. Peu

importe la réalité de ces troubles psychiques puisqu'un lien de causalité adéquate entre les symptômes présentés par le recourant et l'accident doit être exclu. Il convient de qualifier l'accident sous l'angle de sa gravité. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement: il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012, consid. 5.2 in SVR 2013 UV Nr. 3 p. 8, 8C_435/2011 du 13 février 2012, consid. 4.2 in SVR 2012 UV Nr. 23 p. 84). La gravité des lésions subies 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_826/2011 du 17 décembre 2012, consid. 6.1 et les références) (TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013). En l'occurrence, il ressort du constat d'accident qu'après avoir été heurté à sa jambe gauche par le pare-chocs d'un véhicule qui reculait, le recourant est tombé. La voiture impliquée a alors encore reculé de quelques centimètres jusqu'à tordre son pied gauche. On doit considérer que cet accident se situe dans la catégorie des accidents de degré moyen, à la limite des accidents de peu de gravité. Dans un tel cas, pour que l'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un de ces critères se manifeste avec une intensité particulière (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014, consid. 6.1). L'accident n'a pas été particulièrement dramatique ni ne s'est produit dans des circonstances particulièrement dramatiques. Les lésions physiques ne sont pas propres à entraîner des troubles psychiques. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/2005 du 23 novembre 2006, consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/2005 du 27 avril 2006, consid. 8.2.4). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_361/2007 du 6 décembre 2007, consid. 5.3 et TFA U 380/2004 du 15 mars 2004, consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a nié que ce critère fût rempli notamment dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (TFA U 37/2006 du 22 février 2007, consid. 7.3) (TF 8C_78/2013 du 19 décembre 2013). En l'espèce, l'accident a eu lieu en mars 2007 et le travail a été repris à temps partiel l'été suivant. Le traitement n'a donc pas été anormalement long. En outre, il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical ou des difficultés apparues en cours de guérison et l'incapacité de travail n'a pas été très longue. A la rigueur, ainsi, seul le critère des douleurs physiques persistantes est réalisé. Le lien de causalité adéquate n'est dès lors pas réalisé. Une instruction complémentaire n'est en conséquence pas nécessaire. b) Sur le plan dermatologique, le recourant soutient sur la base des conclusions du Dr S. _____ (cf. Rép. 10 en p. 6 du rapport du 11 septembre 2012 de ce médecin) qu'une IPAI de 5% se justifierait en raison des lésions cutanées à sa jambe gauche (dermohypodermite avec eczéma), ceci par analogie avec une atteinte à l'intégrité lors d'un syndrome post-thrombotique. Lors de l'examen pratiqué le 4 mai 2010, le Dr C. _____ relève que « la cicatrice mentionnée était grevée d'un problème d'épithélialisation probablement séquellaire à un grattage ». Dans son rapport du 7 juillet 2010, le Dr B. _____ retient notamment sur la base de ce constat, l'absence de droit à une IPAI. Ce chirurgien confirme encore son appréciation le 2 décembre 2011. Sur le plan esthétique, le médecin traitant fait

pour sa part état d'une importante cicatrice entourée d'une zone de dermite ocre relativement importante et facilement remarquable (cf. certificat du 14 novembre 2011 du Dr W. _____). Au terme de son avis du 27 août 2012, le Dr F. _____ ne rapporte pas de lésions dermatologiques particulières. Finalement la Dresse J. _____ ne se prononce pas sur des lésions cutanées susceptibles de donner droit à l'IPAI. Le Dr S. _____, expert privé, est donc le seul parmi l'ensemble des médecins consultés à soutenir que les atteintes dermatologiques du recourant seraient de nature à justifier l'allocation d'une IPAI. Outre le fait que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve (cf. consid. 5 supra), cet expert privé n'étaye pas ses affirmations par des éléments médicaux objectifs. Non motivées, les conclusions du Dr S. _____ ne sauraient se voir attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence. Il n'y a par conséquent pas lieu à allocation d'une IPAI de ce chef ni d'ailleurs à une instruction complémentaire. c) Sur le plan neurologique, dans ses conclusions, le Dr S. _____ est d'avis que la neuropathie du nerf saphène interne gauche justifierait l'octroi d'une IPAI de 10% par analogie avec la paralysie du nerf sciatique poplité externe (cf. Rép. 10 en p. 6 du rapport du 11 septembre 2012 de ce médecin). A la suite du séjour de l'assuré à la CRR en 2009, les Drs D. _____ et X. _____ ont notamment posé le diagnostic de neuropathie du nerf saphène interne gauche. Ils relèvent sur la base d'un bilan neurologique avec électro-neuro-myogramme (ENMG) que cette affection est responsable de douleurs neurogènes. Posant également le diagnostic de status après fracture médio-diaphysaire de la jambe gauche traitée par enclouage le 15 mars 2007 avec AMO le 5 décembre 2008, les spécialistes de la CRR retiennent une probable origine mixte orthopédique et neurogène aux douleurs déclarées. Lors de l'examen final du 4 mai 2010, le Dr C. _____ note quelques paresthésies (inconstantes) dans la partie inférieure et externe de la jambe. Dans son certificat du 14 novembre 2011, le Dr W. _____ fait état de séquelles neurologiques avec réflexes rotuliens et achilléens faibles, d'une diminution de la force musculaire du membre inférieur gauche en relation avec la neuropathie objectivée par l'électro-neuro-myogramme effectué à la CRR. Dans son appréciation du 21 décembre 2012, la Dresse J. _____, qui s'est adjointe le concours d'une neurologue FMH en la personne de la Dresse H. _____, constate, outre le diagnostic posé durant le séjour à la CRR, que lors du dernier examen effectué à l'agence de [...] quelques paresthésies sont mentionnées. La Dresse H. _____ est d'avis que la situation ne peut être clarifiée qu'après un examen neurologique approfondi et complet. Or, il n'y a pas eu de tel examen. Les données médicales à disposition ne permettent par conséquent pas à la Cour de céans de se prononcer en l'état sur l'existence et cas échéant, sur la gravité de l'atteinte neurologique, respectivement sur l'atteinte à l'intégrité en résultant. d) Au terme de cette même appréciation, la Dresse J. _____ conclut à l'inexistence de lésions séquellaires post-accidentelles avec répercussions fonctionnelles au niveau du genou gauche. Elle estime dès lors que sur le plan orthopédique et pour l'allocation d'une IPAI, seul le status après fracture médio-diaphysaire de la jambe gauche traitée par enclouage puis AMO serait à prendre en considération. Cette orthopédiste n'expose pas les motifs médicaux qui la conduise à ces constatations. Elle se limite en effet à reprendre les appréciations du 2 décembre 2011 du Dr B. _____. Pourtant, le dossier contient plusieurs éléments médicaux divergents ; à deux ans après l'accident et cinq mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le Dr P. _____, orthopédiste FMH, note ainsi des séquelles résiduelles probablement définitives sans plus amples précisions. Le 14 novembre 2011, le Dr W. _____ retient un pronostic sombre de l'appareil ostéo-articulaire vu la boiterie, la marche et la statique asymétrique de l'assuré.

Le médecin traitant précise par ailleurs que celui-ci présente déjà une arthropathie du genou gauche. Le Dr F. _____ est d'avis que l'atteinte est importante dans la mesure où elle touche l'articulation du genou, de la cheville ainsi que le tibia gauche de façon durable. Le Dr S. _____ préconise quant à lui un suivi régulier par un chirurgien orthopédique en précisant qu'il n'y a aucune amélioration durable à attendre de la situation. Au vu des contradictions au dossier et afin de pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause pour l'allocation éventuelle d'une IPAI de ce chef, il se justifie également de compléter l'instruction médicale du dossier sur le plan orthopédique.

7. 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 LPGA). 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 d'instruction (ATF 132 V 108). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) Comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 6c et 6d supra), l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet par conséquent pas de trancher le litige à satisfaction de droit (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Il convient dès lors d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à la CNA pour nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire

(neurologique et orthopédique) du recourant (art. 44 LPGGA). En l'état, la question de la poursuite de la prise en charge du traitement telle que soulevée par le recourant pouvant dépendre de l'issue de la procédure, notamment en ce qui concerne le traitement antalgique, elle peut souffrir de demeurer ouverte jusqu'à nouvelle décision de la part de la CNA. c) Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGGA ; art. 55 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 2'500 francs. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGGA ; art. 45 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 29 juin 2012 par A. _____ est admis. II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} juin 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. III. Le présent arrêt est rendu sans frais. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. _____ la somme de 2'500 francs (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Muriel Vautier (pour A. _____), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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