

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mai 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

* * * * *

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 et 24 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assuré), né en 1969, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de monteur-électricien, a travaillé dès 2001 comme technicien de service auprès de la société W._____. A ce titre, il était assuré contre le risque accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA).

Le 9 avril 2009, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation; alors qu'il circulait à moto, il est entré en collision avec un automobiliste. Transporté au D._____ (ci-après: D._____), les médecins ont posé le diagnostic de polytraumatisme avec hémopneumothorax à gauche, rupture diaphragmatique à gauche, fractures des côtes (5, 6, 7, 8 et 10), fracture-enfoncement du cotyle fémoral gauche, cytolysse hépatique et entorse sévère du genou gauche avec lésions du ligament latéral interne, du ligament croisé antérieur, du ligament croisé postérieur, du ménisque interne et du vaste externe (cf. rapport de sortie du 7 mai 2009). En raison de la fracture du cotyle, il a été procédé à une réduction fermée de l'articulation coxo-fémorale et à la mise en place d'une traction sus-condylienne gauche. Le 11 avril 2009, un drainage thoracique gauche, une laparotomie exploratrice et une suture directe du diaphragme à gauche ont été réalisés. Le 21 avril suivant, l'assuré a subi une réduction ouverte et une ostéosynthèse du cotyle fémoral gauche. Il est resté hospitalisé au D._____, service d'orthopédie et de traumatologie, jusqu'au 4 mai 2009.

L'accident a été annoncé à la CNA, laquelle a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Dans un rapport du 20 octobre 2009, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin associé au D._____, a fait part à la CNA d'une évolution favorable, de la nécessité d'une rééducation musculaire et articulaire intensive du membre inférieur gauche et d'un risque de

coxarthrose et gonarthrose post-traumatique. La reprise du travail n'était pas encore prévue.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) du 28 octobre au 2 décembre 2009. Se référant aux différents bilans et investigations résultant du séjour de l'assuré, les Drs R. _____ et H. _____ ont établi un rapport de sortie le 5 janvier 2010. Les diagnostics retenus correspondaient à ceux émis précédemment par les médecins du D. _____ en mai 2009, auquel s'ajoutait celui d'entorse du genou droit il y a 15 ans, traitée conservativement. Il était relevé qu'à l'admission, l'assuré se plaignait de douleurs du pli inguinal gauche et fessières gauches, fluctuantes, de type mécanique, limitant le périmètre de marche à dix minutes, avec dérouillage lors du changement de position, ainsi que de lombalgies qu'il attribuait à la boiterie. S'agissant du genou, il rapportait une douleur du creux poplité lors de l'accroupissement, sinon peu de gêne dans les activités quotidiennes. Quant au traumatisme thoraco-abdominal, il ne rapportait pas de plaintes particulières. Après le suivi du programme de physiothérapie, l'assuré notait une augmentation de la force musculaire des membres inférieurs et se sentait de moins en moins limité par la douleur dans les activités quotidiennes; toutefois, le maintien de la position accroupie et le changement de la position assise restaient difficiles et douloureux (cf. rapport de physiothérapie). Au terme de leur rapport, les Drs R. _____ et H. _____ ont exposé ce qui suit:

"En résumé, M. J. _____ présente un status après fracture du cotyle gauche, avec subluxation et enfoncement de la tête fémorale gauche, traitée par réduction, traction puis ostéosynthèse. En ce qui concerne le traumatisme thoracique (hémopneumothorax, rupture diaphragmatique suturée, fractures de côtes), l'évolution a été favorable et le patient n'a pas de plainte. Enfin, en ce qui concerne l'entorse du genou gauche, le traitement a été conservateur, avec également une évolution favorable. Le patient ne se plaint pas d'instabilité et le genou n'est pas inflammatoire (hormis une discrète lame d'épanchement). En fait, on note une laxité antéropostérieure plus marquée à droite, dans le contexte d'une entorse du genou droit, il y a 15 ans, traitée conservativement. Du point de vue médical, on retient une limitation pour le port de charges lourdes répété au-dessus de 20-25 kg, les positions accroupies ou à genoux répétées, la marche prolongée. Du point de vue médical, la situation peut être considérée comme stabilisée. La poursuite de la

rééducation ambulatoire n'aura pas d'impact significatif du point de vue des performances fonctionnelles.

D'un point de vue professionnel, le patient travaillait comme technicien d'entretien et de dépannage de machines industrielles de nettoyages. Il intervenait en Suisse romande, au Tessin et pour une partie de la Suisse-Alémanique. Il décrit des parcours en voiture, du travail accroupi ou à genoux, avec port de charges. Par rapport au descriptif du poste de travail effectué par l'employeur, le patient semble rapporter plus de positions contraignantes pour les genoux et port de charges. Depuis le mois de septembre, il a repris à 20%, dans une activité de contrôleur de produit dans les entreprises, ce qui est un travail léger mais où il n'y aurait pas de possibilité d'augmentation du temps d'activité. M. J. _____ souhaiterait se réorienter dans l'entreprise, dans le domaine de la programmation. [...] Dans une activité respectant les limitations ci-dessus, la capacité de travail serait totale.

Incapacité de travail dans la profession actuelle de technicien d'entretien et de dépannage de machines industrielles de nettoyages

- 100% du 03.12.2009 au 05.01.2010

Incapacité de travail dans l'activité de contrôleur de produits de nettoyages

- 80% dès le 03.12.2009 au 05.01.2010"

B. Le 16 novembre 2009, J. _____ a présenté une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) en vue de l'obtention de mesures pour une réadaptation professionnelle, subsidiairement d'une rente.

À la suite d'une consultation du 15 janvier 2010, le Dr Q. _____ a fait part à la CNA, le 19 janvier suivant, de la gêne globale encore ressentie par l'assuré au niveau de la hanche et du genou. Selon ce spécialiste, la gêne était surtout liée à une insuffisance résiduelle de la musculature aussi bien au niveau des fessiers que du quadriceps, de sorte qu'il convenait de poursuivre la rééducation, alors qu'il n'existait aucun problème au niveau de l'articulation. La hanche posait cependant problème eu égard aux positions accroupies et à genoux adoptées par l'assuré dans son contexte professionnel. La capacité de travail était de 20% dans une activité de contrôleur, laquelle ne correspondait cependant pas à la profession habituelle dans laquelle l'incapacité de travail était de 100%. Dans un courrier daté du même jour, adressé à l'OAI, le Dr

Q._____ suggérait une reconversion professionnelle dans une activité limitant le port de charges à une vingtaine de kilos et permettant d'alterner les positions assise et debout tout en évitant les positions extrêmes; une activité de programmeur de machines dans l'entreprise W._____ était envisageable et devait être réévaluée avec l'assuré.

L'OAI a décidé de l'octroi de mesures professionnelles sous la forme d'une prise en charge des coûts de formation de programmeur sur machines auprès de W._____, du 1^{er} août 2010 au 31 décembre 2011 (cf. communications des 24 août 2010 et 22 novembre 2011).

Le 16 janvier 2012, le service de réadaptation de l'OAI a communiqué ses conclusions dans un rapport final. Il exposait que de l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de technicien de service pour l'entretien de machines, et de 100% dans une activité adaptée. A l'issue d'un reclassement professionnel auprès de son ancien employeur dans un poste de programmeur sur machines, et après le suivi d'un cours de suisse-allemand, langue essentielle vu la situation géographique de l'entreprise, l'assuré avait signé un nouveau contrat de travail à 100%, à durée indéterminée, pour le 1^{er} janvier 2012. Il était relevé que le revenu annuel d'invalidité était de 81'783 fr., conformément au contrat de travail du 1^{er} janvier 2012, et le revenu annuel sans invalidité de 81'794 fr., conformément au rapport de l'employeur du 25 janvier 2010.

Le 16 janvier 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis de refus d'octroi de rente d'invalidité au motif qu'il ne présentait pas de perte économique ouvrant le droit à une rente.

L'OAI a confirmé son préavis par décision du 27 février 2012.

C. En octobre 2011, l'assuré a présenté de violentes douleurs dans le membre inférieur gauche. A la suite d'un second épisode douloureux en janvier 2012, le Dr Q._____ a fait procéder à une

imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM). Réalisée le 12 janvier 2012, l'IRM lombaire a révélé une importante hernie discale foraminale L5-S1 à gauche en conflit avec la racine L5 gauche.

Dans un courrier du 5 mars 2012 adressé au Dr Q._____, la Dresse X._____, spécialiste en anesthésiologie, médecin à la Clinique [...], a indiqué avoir reçu l'assuré à sa consultation d'antalgie. Ce dernier présentait des douleurs survenant dans un contexte de hernie discale L5-S1 gauche et de séquelles d'un polytraumatisme. La Dresse X._____ exposait avoir procédé, le 16 janvier 2012, à une infiltration périurale au niveau L5-S1 gauche et mentionnait que lors de la consultation de contrôle du 27 février suivant, l'assuré notait une disparition complète de la symptomatologie liée à la hernie discale et se retrouvait avec les douleurs qu'il connaissait, consécutives à l'accident de 2009.

Le 31 mai 2012, un inspecteur de la CNA a rencontré l'assuré à son domicile. Dans son rapport, il mentionnait notamment les épisodes douloureux d'octobre 2011 et janvier 2012 et, sous la rubrique "Antécédents", écrivait "jamais souffert du dos et jamais eu de telles douleurs dans la jambe".

L'assuré a été examiné le 24 août 2012 par le Dr K._____, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a apprécié la situation comme suit:

"Actuellement, le patient dit que les douleurs, qui ne l'ont jamais quitté depuis l'accident, sont à nouveau centrées sur la hanche gauche, intéressant la région pelvi-tronchantérienne. Continues, elles ne sont que modérément aggravées par la marche, surtout pénibles en positions debout ou assise prolongées. Le patient souligne qu'il ne peut pas jouer par terre avec ses enfants, ayant ensuite trop de peine à se relever. Il ne peut pas les porter autant qu'il le souhaiterait. Il ne peut pas courir et pour le moment, il n'a pas pu reprendre le ski, ni le squash. En revanche, s'il a parfois de la peine à trouver une bonne position pour dormir, il n'est pas réveillé la nuit. Quant au genou gauche, il est beaucoup mieux remis.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient mince, un peu sur la réserve, qui ne semble avoir aucune limitation fonctionnelle notable.

Objectivement, la hanche gauche est souple. La mobilisation s'effectue librement. Les insertions des muscles pelvi-trochantériens sont sensibles à la palpation mais on peine quand même un peu à reproduire les douleurs anamnestiques. La mobilité n'est que légèrement limitée dans tous les plans. Les rotations, relativement amples, sont bien équilibrées. Le genou gauche est également calme. Il ne présente aucun signe réactif local. Il se laisse librement mobiliser. Il a une flexion complète. Il n'y a pas de signes méniscaux, ni de signes rotuliens. En extension, le genou est verrouillé. Il n'y a pas de laxité dans le plan frontal. On relève un petit tiroir antérieur à gauche comme à droite. La course du Lachman est bilatéralement allongée mais il y a un bon arrêt ddc. Il n'y a pas d'inégalité de longueur des membres inférieurs. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT sont très vifs, symétriques. Le tonus et la force musculaires sont bien restaurés à tous les niveaux. Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité aux membres inférieurs.

Les radiographies ne montrent pas d'évolution arthrosique de la hanche gauche. En revanche, on voit de grosses calcifications au-dessus du grand trochanter.

Les douleurs semblent donc avoir une origine extra-articulaire.

On peut également se demander si la hernie discale L5-S1, responsable d'une radiculopathie L5 gauche, n'est pas susceptible de participer à la symptomatologie douloureuse un peu hors normes que le patient rapporte.

A noter qu'il n'y a aucun indice concret qui permette de relier cette pathologie à l'accident.

Du point de vue thérapeutique, on apprend, avec une certaine surprise, que le patient a fait de la physiothérapie pour sa hanche jusqu'à maintenant.

Monsieur J._____, qui est quand même un peu plaintif, tient manifestement à la poursuivre.

A moyen terme, elle devrait quand même pouvoir être remplacée par du fitness.

Les antalgiques et les AINS, assortis d'un suivi orthopédique, restent à la charge de la Suva.

L'IRM du 12.01.2013 peut être prise en charge à titre d'éclaircissements.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 20% peut être retenu par analogie avec une coxarthrose de gravité moyenne.

Cette estimation prend en compte une discrète laxité résiduelle du genou gauche et une certaine aggravation prévisible de l'état de la hanche."

Par décision du 31 août 2012, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 20% et nié le droit à une rente d'invalidité, exposant que les séquelles de l'accident du 9 avril 2009 ne réduisaient pas de façon importante sa capacité de gain.

Le 11 septembre 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a sollicité de la CNA un délai supplémentaire pour déposer une éventuelle opposition, son dossier complet ne lui ayant pas été adressé; subsidiairement, il formait opposition contre la décision du 31 août 2012, invoquant une violation de son droit d'être entendu. Il requérait en outre la notification d'une décision formelle s'agissant de la problématique de ses troubles dorsaux.

Par décision du 13 septembre 2012, la CNA a suivi l'avis de son médecin d'arrondissement et refusé d'allouer des prestations d'assurance pour les événements d'octobre 2011 et janvier 2012; elle arguait qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident du 9 avril 2009 et les lésions du dos annoncées à la suite desquelles il avait suivi un traitement dès octobre 2011. Elle prenait toutefois en charge, à titre de frais d'éclaircissement, l'IRM réalisée le 12 janvier 2012.

Le 24 septembre 2012, l'assureur maladie de J._____, P._____, a formé provisoirement opposition à l'encontre de la décision du 13 septembre 2012. Le 15 octobre suivant, il a retiré son opposition au motif que de l'avis du médecin-conseil, les frais médicaux inhérents à l'état de santé de l'assuré était à sa charge dès le 15 octobre 2011.

Le 15 octobre 2012, l'assuré s'est opposé à la décision du 13 septembre 2012. Faisant valoir que les troubles dorsaux étaient en relation de causalité avec l'événement du 9 avril 2009, il reprochait à la CNA l'absence de mesures d'instruction à ce sujet.

Le 14 novembre 2012, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 31 août 2012. Selon lui, le Dr K._____ ne mentionnait

aucune estimation des séquelles tardives éventuelles, soit le risque d'arthrose nécessitant une prothèse de la hanche, aucune investigation n'avait été menée au sujet d'éventuelles séquelles du traumatisme thoracique et il apparaissait nécessaire de faire une quantification de la puissance musculaire du membre inférieur gauche par rapport à celle du membre inférieur droit.

Par décision sur opposition du 27 décembre 2012, la CNA a rejeté les oppositions formées par l'assuré et confirmé ses décisions des 31 août et 13 septembre 2012. Elle précisait que s'agissant de la décision du 31 août 2012, seule la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était litigieuse, les autres points, non contestés, étant entrés en force. Cela étant, elle a considéré que l'assuré n'apportait aucun élément médical pertinent permettant de remettre en cause les constatations de son médecin d'arrondissement.

D. J._____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 4 février 2013. Il conclut à son annulation et au renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction, particulièrement mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique, neurologique), et requiert l'audition des Drs K._____ et O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le recourant reproche à la CNA d'avoir estimé le rapport du Dr K._____ comme suffisant pour se déterminer sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et sur le lien de causalité entre ses atteintes à la santé et l'événement du 9 avril 2009. Il soutient que les traumatismes thoracique et crânien n'ont fait l'objet d'aucune mesure d'instruction et que l'atteinte aux membres inférieurs et les douleurs dorsales devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire. Il produit notamment un courriel du Dr O._____, envoyé le 25 octobre 2012, dont la teneur est la suivante:

"Maître,
Je viens de prendre connaissance les documents que vous avez l'amabilité de m'envoyer concernant Monsieur J._____.

La lecture de ceci génère quelques commentaires les diagnostics finalement retenus chez ce patient ne l'ont en aucune manière été immédiatement après l'arrivée à l'hôpital D._____.

Il semble qu'on ait retenu essentiellement le problème de la luxation de la hanche, fracture du cotyle. Le traumatisme thoracique somme toute sévère puisqu'il y avait une rupture du diaphragme qui a dû être suturé n'a été découvert que par une évolution défavorable 2 jours après l'admission.

D'autre part la problématique du genou gauche n'a été reconnue elle-même également que tardivement puisqu'on ne s'est inquiété du genou que lorsqu'il y avait des douleurs au début de la rééducation à la marche.

Et les diagnostics au niveau du genou semblent avoir été essentiellement les diagnostics radiologiques pas forcément à l'examen clinique.

Ensuite il n'est fait aucune mention d'un concept de traumatisme crânien.

Le patient présente néanmoins une amnésie totale les circonstances de l'accident.

En ce qui concerne l'appréciation du genou dans l'examen du médecin d'arrondissement celui-ci ne tient aucun compte du fait que le genou droit est effectivement connu pour avoir des séquelles d'une entorse, en tout cas il est considéré comme tel.

En ce qui concerne les séquelles tardives éventuelles le risque d'une arthrose nécessitant une prothèse de la hanche n'est manifestement pas évalué dans le rapport du médecin d'arrondissement.

Ensuite il est peut-être intéressant de relever que lors du séjour à la clinique de rééducation en fin de 2009 il est fait état de lombalgies.

Il me semble actuellement nécessaire de faire une quantification de la puissance musculaire du membre inférieur gauche par rapport à celle du membre inférieur droit. Il est probablement nécessaire de reprendre ce concept de stabilité de lésion ligamentaire.

Ensuite il n'est plus jamais fait mention des séquelles du traumatisme thoracique et des capacités de la respiration qui sont peut-être réduites.

Je pense qu'il y a lieu de prendre connaissance du dossier radiologique complet fait aux admissions. Je pense qu'il est à constater que la gravité du traumatisme a possiblement été sous-estimée d'emblée.

Ensuite je ne sais pas si vous avez dans vos dossiers une copie de la feuille de prise en charge des ambulances qui l'ont amené je pense qu'il serait très intéressant d'acquérir ce document en particulier pour avoir des informations sur son état de conscience et sur le schéma des douleurs et des plaintes qu'il avait à ce moment-là."

Par décision du 14 mars 2013, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 février 2013 et désigné Me Isabelle Jaques en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 30 mai 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle relève que les critiques émises par le Dr O._____ à l'encontre de l'appréciation du Dr K._____ sont dénuées d'explications

médicales, que les plaintes alléguées par le recourant s'agissant de ses lombalgies ne sont mentionnées dans aucun rapport médical, à l'exception d'une allusion lors du séjour à la CRR, et qu'aucune pièce médicale propre à mettre en doute le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par le Dr K._____ n'est apportée par le recourant.

Le recourant a répliqué le 21 juin 2013, faisant valoir que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenue par l'intimée ne résultait que de l'atteinte à la hanche et au genou, sans tenir compte du traumatisme thoracique et du traumatisme crânien. En outre, il soutenait que les troubles dorsaux n'étaient pas liés à la hernie discale et qu'un complément d'instruction était nécessaire aux fins de déterminer si ces troubles étaient toujours en lien de causalité avec l'accident, comme le laissait supposer le rapport de la Dresse X._____.

Le 19 août 2013, la CNA a maintenu ses conclusions.

Par courrier du 27 août 2013, le juge instructeur a invité l'OAI à lui communiquer le dossier complet de l'assuré. Ce dernier a été produit le 5 septembre 2013.

Invitées à se déterminer sur le dossier de l'assurance-invalidité, les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale 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 compétent (art. 56 et 58 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 recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

b) Le litige porte, d'une part, sur le droit du recourant à bénéficier de prestations de l'assurance-accidents pour les troubles dorsaux présentés dès le mois d'octobre 2011 et, d'autre part, sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité auquel il peut prétendre.

3. 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité

(art. 18 LAA), les prestations versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

a) 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; 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à

établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc ergo propter hoc*"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4; TF U 222/2004 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

b) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3 et la référence citée).

L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TF U 172/2006 du 10 mai 2007 consid. 6.3; TF U 282/2006 du 4 juin 2007 consid. 3.3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a, et les références).

En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102, consid. 5b/bb).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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 les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA; 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, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps que celui-ci aboutit à des résultats convaincants, que ses conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid.3b/bb et 3b/ee et les références; TF 8C_562/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Au demeurant, 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 (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

5. Dans le cas présent, il convient de déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité entre l'accident du 9 avril 2009 et les troubles dorsaux présentés par le recourant dès octobre 2011.

a) Il est constant que l'assuré a présenté un syndrome radiculaire L5 en relation avec une hernie discale L5-S1, ainsi que l'a retenu le Dr Q._____ après examen de l'IRM lombaire effectuée le 12 janvier 2012. Cela étant, le Dr K._____ relève qu'aucun indice concret ne permet de relier la hernie discale et les douleurs dorsales y relatives à l'accident du 9 avril 2009, niant de ce fait l'existence d'une hernie discale post-traumatique.

b) Lors de son admission à la CRR en octobre 2009, le recourant s'est plaint de lombalgies; les médecins n'ont cependant posé aucun diagnostic les concernant. En effet, seuls ont été documentés dans le rapport de sortie du 5 janvier 2010 les diagnostics posés en mai 2009 par les médecins du D._____, soit un polytraumatisme avec hémopneumothorax à gauche, rupture diaphragmatique à gauche, fractures de côtes, fracture-enfoncement du cotyle fémoral gauche, cytolysse hépatique et entorse sévère du genou gauche avec lésions des ligaments, du ménisque interne et du vaste externe. Aucune lésion traumatique au niveau lombaire (ni fracture vertébrale ni signe d'instabilité) n'a été mentionnée. Ce n'est qu'en janvier 2012 qu'une IRM lombaire a mis en évidence une importante hernie discale L5-S1 en conflit avec la racine L5 gauche. Dans l'intervalle (soit de janvier 2010 à janvier 2012), aucun rapport médical n'a fait mention de plaintes du recourant s'agissant de ses lombalgies. En particulier, le Dr Q._____ ne relevait, en janvier 2010, qu'une gêne au niveau de la hanche et du genou, sans qu'il ne soit fait allusion à d'éventuelles troubles dorsaux.

Le 16 janvier 2012, la Dresse X._____ a procédé à une infiltration péri-durale au niveau L5-S1 gauche. Selon l'avis de contrôle du 27 février suivant, la péri-durale avait été efficace et la symptomatologie douloureuse avait disparu. Aux termes d'un courrier du 5 mars 2012 adressé au Dr Q._____, l'assuré avait noté une disparition complète de la symptomatologie liée à la hernie discale et se retrouvait avec les douleurs qu'il connaissait bien, consécutives à son accident. La Dresse X._____ semblait ainsi différencier les douleurs survenues dans le contexte de la hernie discale et les séquelles du polytraumatisme de 2009;

si elle mentionnait la disparition des premières (douleurs en lien avec la hernie discale), elle n'expliquait cependant pas sous quelle forme se présentaient les secondes (séquelles du polytraumatisme). Or, comme mentionné précédemment, les lombalgies n'ont été rapportées qu'au moment de l'admission de l'assuré à la CRR en octobre 2009. En outre, selon le rapport du 31 mai 2012 de l'inspecteur de la CNA, l'assuré n'avait jamais souffert du dos ni ressenti auparavant les douleurs présentes dans la jambe en octobre 2011 et janvier 2012.

Dans son courriel du 25 octobre 2012, le Dr O. _____ relève que les lombalgies ont été mentionnées lors du séjour à la CRR à la fin de l'année 2009. A l'instar du recourant, le Dr O. _____ ne se réfère qu'au rapport médical de la CRR, sans apporter d'autres éléments tendant à démontrer que cette pathologie serait constante depuis l'événement du 9 avril 2009. Par ailleurs, le recourant argue que leur origine est effectivement traumatique, au motif qu'il ne souffrait pas de lombalgies avant l'accident. Un tel raisonnement, fondé sur l'adage *post hoc ergo propter hoc*, ne suffit pas à justifier l'existence d'un lien de causalité naturelle. Comme le relève le Dr K. _____, le caractère port-traumatique des lombalgies n'est pas démontré du point de vue médical et l'hypothèse de lésions dorsales d'origine traumatique est dès lors peu vraisemblable.

Finalement, on relèvera qu'en se fondant sur l'avis de son médecin conseil, P. _____ a considéré que les frais médicaux inhérents à l'état de santé de l'assuré étaient à sa charge dès le 15 octobre 2011. En d'autres termes, elle reconnaissait que les troubles dorsaux présentés dès octobre 2011 relevaient d'un état maladif, non des suites de l'accident du 9 avril 2009.

c) A l'aune de ce qui précède, force est de constater qu'il n'a pas été apporté la preuve, au degré de vraisemblance prépondérante exigée, que les douleurs dorsales sont la conséquence de l'événement assuré. L'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 9 avril 2009 et les lombalgies présentées par l'assuré dès le 15 octobre 2011 n'est au mieux que possible, ce qui est insuffisant pour reconnaître

le droit aux prestations de l'assurance-accidents. Partant, il ne se justifie pas de s'écarter des conclusions émises par le Dr K. _____ à cet égard.

6. Se pose encore la question de savoir si le recourant peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 20%.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'al. 4 de cette disposition prévoit qu'une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). Dès lors, à supposer que la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, si cette aggravation n'est pas quantifiable elle ne peut être prise en considération (ATFA du 22 septembre 2000, U 173/00).

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience

professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). L'importance prévisible de l'aggravation doit également être fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2), dans la mesure où il est tenu équitablement compte de la possible péjoration de l'atteinte à l'intégrité (cf. art. 36 al. 4 OLAA).

b) L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b; 113 V 218 consid. 2a). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elle sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a).

Selon la table 5 de la Division médicale de la CNA, relative aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses, un taux d'indemnité de 10 à 30% est prévu pour une coxarthrose moyenne, et de 30 à 40% pour une coxarthrose grave; un taux de 20% est prévu pour une endoprothèse de la hanche avec un bon résultat, et de 40% avec un résultat mauvais.

c) Dans son rapport du 24 août 2012, le Dr K. _____ a relevé que la hanche gauche était souple, la mobilisation s'effectuait librement, la mobilité n'était que légèrement limitée dans tous les plans et les rotations étaient bien équilibrées. Les radiographies ne montraient pas d'évolution arthrosique de la hanche gauche mais révélaient de grosses calcifications au-dessus du grand trochanter; les douleurs semblaient donc avoir une origine extra-articulaire. S'agissant du genou, il était calme, ne présentait aucun signe réactif local, se laissait librement mobiliser, avait une flexion complète et il n'y avait ni signes méniscaux ni signes rotuliens.

Le tonus et la force musculaires étaient bien restaurés à tous les niveaux et le patient ne décrivait pas de troubles de la sensibilité aux membres inférieurs. Sur la base de ces constatations, le Dr K._____ a estimé à 20% le taux de l'atteinte globale à l'intégrité en présence d'un status correspondant par analogie à une coxarthrose de gravité moyenne (cf. table 5 de la Division médicale de la CNA). Il considérait que cette estimation prenait en compte une discrète laxité résiduelle du genou gauche et une certaine aggravation prévisible de l'état de la hanche.

L'appréciation du Dr K._____ ne s'écarte pas de celle émise antérieurement par le Dr Q._____. En effet, dans son rapport du 20 octobre 2009, le Dr Q._____ mentionnait, comme éventuel dommage permanent, un risque de coxarthrose et gonarthrose post-traumatique. Dans son rapport du 19 janvier 2010, il faisait état de la gêne globale de l'assuré au niveau de la hanche et du genou, liée à une insuffisance résiduelle de la musculature, sans qu'il n'y ait de problème au niveau de l'articulation. Dans l'intervalle, les médecins de la CRR ont constaté une évolution favorable s'agissant de l'entorse du genou gauche, l'assuré ne se plaignant par ailleurs pas d'instabilité et rapportant peu de gêne dans les activités quotidiennes. Ils notaient toutefois une laxité antéropostérieure plus marquée à droite, dans le contexte d'une entorse du genou droit il y a 15 ans.

Le Dr O._____ reproche au Dr K._____ de ne pas avoir tenu compte des séquelles de l'entorse au genou droit. Or ces séquelles ne relèvent pas des suites de l'événement du 9 avril 2009, le genou droit n'ayant pas été lésé lors de l'accident. En l'absence de lien de causalité, l'atteinte au genou droit n'a pas à être prise en considération dans la fixation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cela étant, le courriel du 25 octobre 2012 produit en procédure de recours ne fait qu'émettre des hypothèses de la part d'un médecin qui n'a pas examiné l'assuré. Le Dr O._____ critique l'appréciation du médecin d'arrondissement, sans toutefois apporter d'explications médicales à l'appui de ses allégations. Son appréciation ne saurait dès lors se voir accorder pleine valeur probante, contrairement à celle du Dr K._____.

On relèvera de surcroît que, contrairement aux allégations du recourant et du Dr O._____, le Dr K._____ a tenu compte, dans son évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de l'aggravation prévisible de l'état de la hanche, soit le risque d'arthrose pouvant nécessiter la pose d'une prothèse. Précisons en outre que les radiographies à sa disposition ne révélaient pas, lors de l'examen, d'évolution arthrosique de la hanche et que les douleurs semblaient avoir une origine extra-articulaire.

d) Le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pris en considération les séquelles respiratoires liées au traumatisme thoracique. Or, seule peut être indemnisée une atteinte à l'intégrité durable (art. 24 al. 1 LAA), ce qui est le cas lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (art. 36 al. 1 OLAA), Aussi, dans la mesure où les médecins consultés n'en font plus état par la suite, l'intimée, respectivement le médecin d'arrondissement, n'avait pas à tenir compte d'une aggravation éventuelle de troubles thoraciques. En effet, à la fin 2009, les médecins de la CRR ont indiqué que, s'agissant du traumatisme thoracique (hémo-pneumothorax, rupture diaphragmatique suturée, fractures de côtes), l'évolution était favorable et le patient ne rapportait pas de plaintes particulières. Il ne figure au dossier aucun élément laissant paraître d'éventuelles séquelles. Le recourant n'apporte aucun élément probant à ce sujet, mais se contente de reprendre l'hypothèse émise par le Dr O._____, selon lequel il n'est plus fait mention de séquelles du traumatisme thoracique et que les capacités de la respiration sont "peut-être réduites".

Le recourant soutient également que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne tiendrait pas compte du traumatisme crânien subi lors de l'accident, le Dr O._____ ayant à ce sujet relevé qu'il n'était fait aucune mention du concept de traumatisme crânien. Or les médecins n'ont jamais fait part un tel traumatisme et aucun symptôme à cet égard n'a été évoqué. En l'absence de constatations à cet égard (plaintes du recourant), et sur la base d'une simple hypothèse émise deux ans et demi après

l'accident, sans avis médical à ce sujet, on ne saurait considérer que le Dr K._____ soit passé outre les séquelles d'une telle atteinte.

e) En définitive, la seule opinion du recourant, qui requiert un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevé, n'est pas pertinente et ne saurait mettre en doute le bien-fondé des conclusions du Dr K._____. Il n'y a pas, en l'état, d'éléments médicaux pertinents permettant d'admettre la présence d'une atteinte plus importante que celle déterminée par le médecin d'arrondissement. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé à 20%, en appliquant par analogie le taux prévu pour une coxarthrose de gravité moyenne selon la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, n'est dès lors pas critiquable. Soulignons finalement que l'assuré garde son droit d'invoquer une rechute, respectivement d'annoncer à l'intimée une éventuelle péjoration de son status.

7. Les éléments au dossier sont clairs, dénués de contradiction et permettent à la Cour de statuer. La mise en œuvre d'une expertise ou l'audition des médecins précédemment interpellés n'apporteraient vraisemblablement aucune constatation nouvelle. L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête du recourant. En effet, si l'assureur 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 de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 119 V 335 consid. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

8. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant.

a) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

b) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, Me Isabelle Jacques a produit le 30 avril 2014 la liste de ses opérations, comprenant également le montant de ses débours, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Ainsi, c'est une somme de 1'098 fr. (6,10 heures au tarif horaire de 180 fr.) qui correspond à la rémunération de l'ensemble des opérations effectuées, à laquelle il convient d'ajouter un montant de 7 fr. 90 à titre de débours, TVA à 8% en sus d'un montant de 88 fr 45. Le montant total de l'indemnité de Me Isabelle Jaques s'élève donc à 1'195 fr. 35.

Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 27 décembre 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Isabelle Jaques, conseil du recourant J._____, est arrêtée à 1'195 fr. 35 (mille cent nonante-cinq francs et trente-cinq centimes), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Isabelle Jaques (pour J._____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :