

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 novembre 2015

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

S. _____, à Vevey, recourant, représenté par Me Regina Andrade Ortuno,
avocate à Vevey,

et

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division
juridique, à Lucerne, intimée.

**Art. 6, 10, 16, 18, 19 et 24 LAA ; 4, 7, 8, 16 et 49 LPGA ; 29 al. 2
Cst.**

E n f a i t :

A. **a)** S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine turque, travaillait depuis le 1^{er} août 2004 en qualité d'ouvrier de voirie au service de la R. _____. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 25 janvier 2006, l'assuré a perdu l'équilibre en descendant d'une camionnette lors du ramassage d'objets encombrants et a fait une chute en arrière, entraînant de violentes lombosciatalgies droites (cf. notamment déclaration de sinistre LAA du 22 mars 2006). Le Dr C. _____, spécialiste en chiropratique spécialisée, a attesté une incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident (cf. certificat médical du 25 janvier 2006). L'accident a été annoncé à la CNA, qui a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Selon un rapport médical intermédiaire LAA du 6 avril 2006 du Dr C. _____, l'assuré présentait une sciatalgie droite sur hernie discale L5-S1 en l'absence de déficit sensitivo-moteur et le traitement en cours consistait en une thérapie manuelle, une infiltration le 1^{er} mars 2006 et de la physiothérapie. L'assuré avait repris le travail à 50% depuis le 13 mars 2006.

Un essai de reprise du travail à 100% le 3 avril 2006 s'est soldé par un échec (cf. feuille-accident LAA remplie par le Dr C. _____), entraînant une nouvelle incapacité de travail de 50% dès le 6 avril 2006 (certificat médical du 5 avril 2006 du Dr C. _____) et de 100% dès le 21 avril 2006 (certificat médical du 21 avril 2006 de la Dresse [...], médecin praticien, en l'absence du Dr C. _____).

Dans un rapport du 3 mai 2006 au Dr [...], le Dr M. _____, spécialiste en neurologie, a retenu l'existence d'un syndrome

lombovertébral modéré. Il a indiqué que l'EMG (électromyogramme) confirmait une atteinte radiculaire S1 droite d'importance moyenne et que l'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 28 avril 2006 montrait une volumineuse hernie discale paramédiane droite L5-S1. Ce médecin attestait une incapacité de travail totale de l'assuré et proposait la continuation du traitement, en l'absence d'indication opératoire formelle immédiate.

Le 19 septembre 2006, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr Z. _____. Dans son rapport du même jour, ce médecin a apprécié le cas de l'assuré comme suit :

« [...] »

Actuellement, le patient, s'il admet qu'il a moins de douleurs qu'avant, dit qu'il a une insensibilité gênante à la face externe du MID [membre inférieur droit] jusque dans le pied. Par ailleurs, de ce côté, il ne peut pas s'élever sur la pointe du pied. Il décrit également des fourmillements et des sensations électrisantes, occasionnelles, très désagréables. Il a beaucoup de peine à trouver une bonne position pour dormir. Cette évolution le démoralise et, selon sa femme, il est devenu irritable.

A l'examen clinique, on se trouve confronté à un patient assez fruste et s'exprimant difficilement en français, un peu apathique, de constitution athlétique mais ayant pris un peu d'embonpoint, manifestement peu algique.

Objectivement, la mobilité rachidienne est conservée. La mobilisation s'effectue librement, pratiquement sans douleur. La manoeuvre de Lasègue, totalement indolore à gauche, entraîne de légères douleurs à droite, dans le MID, mais elle n'est pas bloquée. Le réflexe rotulien droit est moins vif que le gauche, le réflexe achilléen droit n'est pas obtenu. On note une légère parésie des fléchisseurs du pied et des orteils à droite ainsi qu'une hypoesthésie de la face externe du pied droit.

Au total, on retrouve donc une atteinte radiculaire de type S1 droite, séquellaire, sans syndrome lombo-vertébral d'accompagnement, mais aussi un déconditionnement musculaire et surtout une certaine autolimitation, qui va au-delà du déficit neurologique proprement dit, le tout chez un patient qui a de la peine à comprendre ce qui lui arrive et dont la prise en charge n'a peut-être pas été optimale, surtout au début.

Dans ces conditions, il me paraît délicat d'adresser ce patient à un neurochirurgien, ne serait-ce que pour un avis, et je pense qu'il est préférable qu'il fasse l'objet d'une observation stationnaire et multidisciplinaire à la D. _____ assortie d'un nouveau bilan neuroradiologique.

Le patient et sa femme sont tout à fait d'accord avec cette attitude.

Malheureusement, le pronostic, notamment en termes de reprise de l'activité professionnelle, me semble compromis. »

L'assuré a séjourné à la D. _____ (ci-après : D. _____) du 4 au 24 octobre 2006. Les Drs N. _____, spécialiste en neurologie et [...], médecin-assistant, ont retenu, dans leur rapport du 27 novembre 2006, le diagnostic de hernie discale L5-S1 paramédiane droite avec radiculopathie S1 droite. Les diagnostics secondaires étaient des lombalgies et des cervicalgies chroniques. Ces médecins ont retenu que d'un point de vue médical, l'assuré devrait occuper un poste excluant le port répété de charges lourdes et permettant l'alternance des positions assise et debout. L'incapacité de travail à 100% était prolongée pour un mois (du 25 octobre au 26 novembre 2006) afin que le patient puisse effectuer une physiothérapie ambulatoire dans de bonnes conditions et la capacité de travail devrait être réévaluée par le médecin traitant. En cas d'échec de la reprise de travail, les médecins de la D. _____ estimaient qu'il faudrait envisager un geste chirurgical sur la hernie discale ou un changement d'activité professionnelle dans le cas où son employeur exclurait un poste adapté.

Selon un rapport du 17 janvier 2007 relatant un entretien téléphonique entre un inspecteur de la CNA et M. [...], chef de service à la R. _____, il n'y avait pas de poste adapté pour l'assuré à la R. _____.

A la suite d'un examen réalisé par le médecin d'arrondissement de la CNA le 12 février 2007 (cf. rapport du Dr Z. _____ du 12 février 2007), la CNA a informé l'assuré qu'une capacité de travail de 50% (rendement de 100% à la mi-journée) lui était reconnue dès le 1^{er} février 2007 (courrier du 15 février 2007 de la CNA à l'assuré).

La Dresse L. _____, spécialiste en médecine interne générale et nouvelle médecin traitante de l'assuré, a confirmé la reprise du travail à 50% dès le 1^{er} février 2007, puis à 100% dès le 1^{er} avril 2007 (certificats médicaux de la Dresse L. _____ des 29 janvier, 16 février et 21 mars 2007).

Par attestation médicale du 15 juin 2007, la Dresse L._____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50% jusqu'à la prise de décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Elle a également précisé les limitations fonctionnelles de l'assuré : activité évitant le port de charges d'un poids maximal de 10 à 12 kg, les mouvements répétitifs de torsion, d'extension-flexion, de faux mouvements ou autres mobilisations spontanées qui peuvent avoir des répercussions imprévues sur la région lombaire, évitant aussi le travail dans des positions inadéquates comme accroupie, sur les genoux ou penché en avant et le glissement du corps dans des endroits difficilement accessibles.

L'IRM lombaire réalisée le 10 août 2007 montrait une discopathie avec hernie discale paramédiane droite L5-S1 et un conflit radiculaire S1 visible en nette diminution de taille par rapport à l'examen du 28 avril 2006 (rapport d'IRM lombaire du 13 août 2007 du Dr [...], spécialiste en radiologie).

Selon le rapport d'un inspecteur de la CNA du 24 août 2007 relatant un entretien du 23 août 2007 avec M. [...], l'assuré avait repris le travail à la demi-journée dès le 1^{er} février 2007, puis à 100% dès le 1^{er} avril 2007 (derrière un camion notamment). Il avait été remis en arrêt à 100% dès le 30 mai 2007 pour ne revenir qu'à 50% dès le 16 juin 2007. Une capacité de travail de 100% avait ensuite été reconnue dès le 15 juillet 2007 pour que l'assuré puisse partir en vacances et il était malade à son retour de vacances les 30 et 31 juillet 2007. Finalement, la capacité de travail était à nouveau réduite à 50% à compter du 5 août 2007. Selon les certificats médicaux successifs de la Dresse L._____ destinés à l'employeur de l'assuré, ce dernier présentait une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} septembre 2007, laquelle était prolongée en tout cas jusqu'au 30 novembre 2007.

Le 2 octobre 2007, le Dr Z._____ a procédé à un nouvel examen médical de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, il a notamment relevé ce qui suit :

« [...]

Actuellement, le patient dit qu'il n'y a pas d'amélioration. Il mentionne des douleurs dans la jambe droite et une fatigabilité. Il ne peut pas travailler au-delà de la demi-journée.

A l'examen clinique, on relève surtout une autolimitation et une sorte [d'] exclusion assez démonstrative du MID.

Objectivement, il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral vraiment significatif, tandis qu'on retrouve une atteinte radiculaire de type S1 droite, séquellaire, relativement peu grave.

Du point de vue thérapeutique, il semble qu'on s'accorde pour dire qu'il n'y a pas grand-chose à proposer.

Si le bien-fondé d'un reclassement professionnel doit être admis, force est de constater qu'il ne s'annonce pas sous des auspices favorables, en présence d'un certain nombre de facteurs de mauvais pronostic assez évidents.

A cet égard, la femme du patient, qui est revendicatrice et qui parle systématiquement à sa place, mettant constamment en avant l'atteinte à la santé de son mari, joue sûrement un rôle néfaste.

On conseille encore une fois à M. S._____, qui est maintenant licencié, de rechercher activement un emploi qui lui convienne, son droit à des mesures de réadaptation professionnelle sous l'égide de l'AI n'étant pas clairement établi.

Il conserve, en effet, une pleine capacité de travail, dans une activité légère et autorisant des positions alternées.

Les limitations fonctionnelles sont essentiellement le port de charges de plus de 10 kilos et les positions statiques, surtout penchées.

Par ailleurs, une indemnisation pour atteinte à l'intégrité est due. »

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr Z._____ a précisé, dans son rapport du 2 octobre 2007, que la situation correspondait à des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts dans le cadre d'une hernie discale prouvée. L'absence de syndrome lombo-vertébral vraiment significatif, la modicité de l'atteinte radiculaire séquellaire et la diminution de taille de la hernie sur la nouvelle IRM lombaire par rapport à la situation qui prévalait auparavant, imposaient de retenir un taux de 10%, soit le taux inférieur de la fourchette.

Le 21 novembre 2007, la R._____ a mis fin au contrat de travail avec l'assuré au 30 novembre 2007.

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 7 janvier 2008, la Dresse L._____ a posé les diagnostics de hernie discale L5-S1 paramédiane à droite avec radiculopathie S1 droite, de lombalgies et cervicalgies chroniques et d'état anxieux dépressif. La capacité de travail de l'assuré était de 100% dans la mesure où il ne soulevait pas des poids supérieur à 15 kg, auquel cas elle était réduite à 50%. Aucun traitement n'était en cours.

Par décision du 30 janvier 2008, la CNA a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité, considérant qu'il était apte à travailler à 100% dès le 3 décembre 2007. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 10% lui a été octroyée. Cette décision n'a pas été contestée par l'assuré.

Dans un rapport du 16 décembre 2008, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de volumineuse hernie discale L5-S1 droite sur discopathie. Il a indiqué que la corrélation entre la pathologie discale et l'événement traumatique était partiellement établie, le patient étant auparavant sportif et n'ayant eu aucune plainte ni consultation pour une affection au dos.

b) Dans l'intervalle, soit le 5 décembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OAI.

Par communication du 21 février 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par décision du 3 avril 2008, confirmant un projet de décision du 21 février 2008, l'OAI a refusé le droit à des mesures de réadaptation professionnelle ainsi qu'à une rente d'invalidité, le taux d'invalidité s'élevant à 5,61%.

c) Le 24 février 2009, la Caisse de chômage [...] a annoncé une rechute le 8 janvier 2009, l'assuré ayant subi une hémilaminectomie pratiquée par le Dr P._____, le 9 janvier 2009, en raison d'une hernie discale médiane et paramédiane droite L5-S1 (cf. protocole opératoire du 12 janvier 2009). La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières dès le 9 janvier 2009.

Le Dr P._____ a examiné l'assuré trois mois après l'opération et a estimé qu'il n'était pas encore apte à reprendre une activité professionnelle, mais que cela était envisageable d'ici deux à trois mois, proposant qu'il soit réintroduit dans une activité semi-assise/semi-debout (cf. rapport du 23 avril 2009 du Dr P._____).

L'assuré a été une nouvelle fois examiné par le Dr Z._____ le 9 juin 2009. Le rapport daté du même jour avait notamment la teneur suivante :

« **APPRECIATION** :

[...].

Actuellement, le patient dit qu'il ne voit aucune amélioration. Il a l'impression que sa jambe ne fonctionne pas normalement. Il manque de force. Il a toujours des douleurs. Il a même dû consulter aux urgences du [...] il y a 1 mois où on lui a fait une injection de morphine.

Objectivement, la mobilité rachidienne est modérément limitée. Les mouvements sont vite interrompus. Les changements de position sont précautionneux. Lorsqu'il est assis, le patient étend sa jambe droite de manière démonstrative. La manoeuvre de Lasègue, totalement indolore à gauche, entraîne de légères douleurs à la face postérieure de la cuisse à droite mais elle n'est pas bloquée. Le réflexe rotulien droit est moins vif que le gauche. Le réflexe achilléen droit n'est pas obtenu. Il n'y a pas de déficit certain au testing musculaire mais plutôt des lâchages et un manque de force diffus. Le patient décrit une hypoesthésie à la face externe de la jambe droite, s'étendant au bord externe du pied droit.

En résumé, les plaintes sont extrêmement vagues. On a même l'impression que le patient ne se donne plus la peine de les formuler. Comme on pouvait s'y attendre, l'intervention du 9.1.09 n'aurait rien apporté, comme d'ailleurs tout ce qui a été entrepris jusqu'ici et l'examen clinique ne retrouve qu'une atteinte radiculaire de type S1 droite, séquellaire, de peu de gravité, surchargée d'éléments fonctionnels.

On propose au patient de faire un nouveau séjour à la D._____.

Il est un peu réticent car il est probablement convaincu que toute rééducation quelque peu active ne fera qu'aggraver son état.

On risque donc de s'acheminer vers une invalidité qui peinera à trouver sa caution médicale. »

Une nouvelle fois, l'assuré a séjourné à la D._____ du 14 juillet au 4 août 2009. Dans un rapport de synthèse du 20 août 2009, les Drs H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et [...], médecin assistant, ont retenu les diagnostics de lombalgies chroniques, de douleurs et troubles sensitifs au membre inférieur droit, séquellaires d'une atteinte radiculaire S1 droite, d'une hémilaminectomie, foraminotomie, arthrectomie partielle et nucléotomie L5-S1 pour hernie discale paramédiane droite avec radiculopathie S1 droite le 9 janvier 2009 et de cervicalgies chroniques. A titre de comorbidité, ces médecins ont signalé un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Ils ont en outre exposé les éléments suivants :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

Le patient se déclare pessimiste et dit ne rien attendre de ce séjour. Il se plaint de douleurs lombaires basses à droite, irradiant à la fesse homolatérale et allant jusqu'à la face postérieure du genou droit. Il évalue les douleurs à 5/10 à l'EVA douleur à son admission. Il mentionne des fourmillements et une hypoesthésie à la face antéro-externe de la jambe droite, au bord externe du pied droit et du 5^{ème} orteil ainsi qu'à la face plantaire du pied droit. Le périmètre de marche serait de 150 mètres, la thymie serait abaissée.

A l'examen clinique, le patient marche avec une légère boiterie à droite. La marche sur les pointes des pieds puis les talons est déclarée impossible, mais le patient tient debout immobile sur les pointes puis les talons sans difficulté. La mobilité lombaire est légèrement limitée, douloureuse. On note une hypoesthésie dans le territoire L5-S1 droit et une aréflexie achilléenne à droite.

La prise en charge physiothérapique entreprise au cours du séjour n'a eu aucun impact positif sur les plaintes du patient. Il y a eu des nombreuses autolimitations, une difficulté à établir un lien de confiance avec les médecins et les thérapeutes. A sa sortie, le patient se dit disposé à accomplir quelques exercices actifs adaptés à domicile et aura de la balnéothérapie 2x/semaine. En effet, celle-ci serait la seule thérapie un peu active tolérée et qui permet d'entretenir la musculature du tronc.

Le psychiatre retient un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et a proposé la prise d'un anti-dépresseur. Le Cymbalta a amené une détente progressive et une amélioration de l'humeur. Mal supporté à la dose de 60 mg, il a été maintenu à 30 mg/jour. A part le Sirdalud et le Méfénacid ainsi que le Dafalgan que

le patient prenait déjà avant son hospitalisation, nous avons introduit du Lyrica 50 mg 1 cp x 2/jour. Tout comme l'antidépresseur, le Lyrica n'a pas conduit à une diminution des douleurs. La dose pourrait être encore augmentée avant de conclure à un échec et de l'arrêter.

En conclusion, à 9 mois de la cure de la hernie discale L5-S1, il persiste une lombalgie ainsi qu'une douleur et des troubles sensitifs du membre inférieur droit séquellaires de l'atteinte radiculaire S1 droite. Le séjour au sein de la D. _____ n'a apporté qu'une amélioration de l'humeur (Cymbalta). La physiothérapie n'a pas eu d'impact positif sur les plaintes, de même les médicaments proposés. Avant sa sortie, nous avons expliqué au patient qu'une spondylodèse aurait une chance sur deux de l'aider quelque peu pour la lombalgie, mais n'aurait guère d'impact sur la douleur de la jambe. Nous lui proposons d'en discuter avec le Dr P. _____, qui pourrait aussi prendre avis auprès d'une consultation de la douleur. La situation n'est pas encore médicalement stabilisée. L'incapacité de travail à 100% a été prolongée jusqu'au 25.08.2009. »

Le 19 janvier 2010, le Dr P. _____ a écrit à la CNA qu'un conflit radiculaire était présent et qu'une révision de la stabilisation du segment L5-S1 était à prévoir. Il a joint à son envoi deux rapports d'imagerie du 7 janvier 2010 rédigés par le Dr [...], lesquels concluaient à une discrète empreinte médiane L3-S1 et à une hernie L5-S1 droite avec empreinte sur la racine S1, d'origine mixte, en particulier sur un processus ostéophytaire.

Au vu de ces éléments, la CNA a mis en œuvre un examen complémentaire auprès du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 9 juin 2010, il a retenu ce qui suit :

« **Imagerie :**

A l'IRM pré-opératoire de 2006 : on voit une grosse hernie discale paramédiane droite L5-S1 en conflit avec la racine S1.

Au niveau de la radiographie de la colonne vertébrale de janvier 2010 : on ne voit pas de spondylolisthésis ni de gros troubles dégénératifs.

Sur le radiculo-CT effectué en janvier 2010 : on voit un ostéophyte au niveau L5-S1 qui fait une empreinte sur la moelle mais sans compression. La racine S1 est libre.

Appréciation du cas :

Monsieur S. _____ n'a été opéré que 3 ans après son accident avec une amélioration très discrète au niveau de ses douleurs. Il garde la même symptomatologie, à l'imagerie une racine S1 tout à fait libre.

Nous ne pensons pas qu'un geste chirurgical va améliorer cette symptomatologie. Nous proposons plutôt un traitement par neurostimulateur, ce que le patient et son épouse acceptent. Nous l'adressons au Professeur G. _____ à l'Hôpital de [...] qui nous lit en copie et nous lui demandons de convoquer le patient pour évaluer les possibilités de tenter le traitement. Nous n'avons pas prévu de contrôle ici. »

Selon un rapport du 31 janvier 2011 du Dr G. _____, spécialiste en anesthésiologie et soins intensifs, il s'agissait dans un premier temps d'ajuster le traitement médicamenteux, en mettant à disposition un TENS (électrostimulateur) et en introduisant un traitement antidépresseur. Dans un rapport postérieur du 19 avril 2011 à la CNA, le Dr G. _____ a mentionné une discrète amélioration de l'état de santé de l'assuré, ainsi que la présence de facteurs étrangers à l'accident entrant dans le processus de guérison, à savoir une surcharge psychologique et une dépression.

Le Dr Z. _____ a procédé à un examen final le 1^{er} juillet 2011 et a apprécié la situation comme suit (cf. rapport du 1^{er} juillet 2011) :

« Objectivement, la mobilité rachidienne est difficilement évaluable chez un patient qui répugne à bouger, faisant valoir rapidement des douleurs tant au niveau du rachis lombaire que de la jambe droite. Si la flexion antérieure du tronc est vite interrompue, les inclinaisons et les rotations sont étonnamment libres. Les changements de position restent précautionneux mais la station assise prolongée est supportée sans gêne apparente et l'exclusion fonctionnelle du MID est moins marquée qu'auparavant. La manœuvre de Lasègue, totalement indolore à gauche, entraîne toujours de vagues douleurs à la face postérieure de la cuisse à droite en fin de course mais elle n'est pas bloquée. Le réflexe rotulien droit est moins vif que le gauche. Le réflexe achilléen droit n'est pas obtenu. Il n'y a pas de déficit certain au testing musculaire mais plutôt un manque de force diffus dans tout le MID. Il persisterait une hypoesthésie de la face externe de la jambe droite et du bord externe du pied droit.

En fin de compte, la situation est strictement superposable à celle que j'avais observée il y a 3 ans ½ lors de la liquidation du cas initial.

On retrouve une lombosciatalgie droite de type S1, essentiellement irritative, séquellaire, relativement peu grave, surchargée d'éléments fonctionnels.

On s'accorde une nouvelle fois pour dire qu'il n'y a pas grand-chose de raisonnable à proposer.

A noter qu'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée a été diagnostiqué lors du dernier séjour à la D._____.

Il appartient à notre service administratif de décider s'il veut investiguer plus avant cet aspect des choses.

Pour les seules suites organiques de l'accident, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont les mêmes qu'en 2007.

Le traitement médicamenteux reste à la charge de la Suva.

Une indemnité supplémentaire pour atteinte à l'intégrité n'entre pas en ligne de compte. »

Par décision du 7 juillet 2011, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 17 juillet 2011.

Le 2 septembre 2011, le Dr P._____ a vu l'assuré à sa consultation et demandé, compte tenu de la souffrance de longue date et de la douleur sciatiforme, une IRM en urgence, laquelle a montré une hernie discale du côté gauche (cf. rapport du 5 septembre 2011). Le 9 septembre 2011, l'assuré a subi une nouvelle opération, à savoir une cure de hernie discale L5-S1 gauche, réalisée par le Dr P._____ (cf. protocole opératoire du 14 septembre 2011).

Le 9 novembre 2011, la CNA a déclaré sa décision du 7 juillet 2011 nulle et non avenue et a repris le versement de ses prestations.

Selon un rapport médical intermédiaire LAA du 13 janvier 2012 du Dr P._____, l'assuré ressentait encore quelques douleurs sciatiformes sans qu'il y ait un déficit sensitivo-moteur notable. Selon ce médecin, le pronostic restait favorable.

Par courrier du 20 juin 2012, la CNA a informé le conseil de l'assuré qu'elle entendait procéder à une expertise neurochirurgicale et psychiatrique auprès de la Clinique K._____ et a indiqué les questions qu'elle entendait soumettre aux experts. Par retour de courrier le 13 juillet 2012, le conseil de l'assuré a transmis à la CNA des questions complémentaires destinées aux experts.

Les Drs J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et O._____, spécialiste en neurochirurgie, tous les deux médecins auprès de la Clinique K._____, ont rédigé un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 7 novembre 2012. S'agissant des atteintes physiques de l'assuré, il ont retenu les diagnostics suivants (cf. rapport d'expertise, p. 50) : contusion fessière (en phase de guérison) ; compression de la racine L5-S1 droite (phase de séquelles, status post-intervention chirurgicale du 9 janvier 2009) ; hernie discale paramédiane L5-S1 droite (phase de status post-intervention chirurgicale du 9 janvier 2009) ; hernie discale L5-S1 gauche ; instabilité segmentaire vertébrale lombaire (phase de status post-cure chirurgicale du 9 septembre 2011 avec nucléotomie gauche et spondylodèse L5-S1). Les experts ont estimé que ces atteintes n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré et que la causalité naturelle entre l'événement du 25 janvier 2006 et la hernie préexistante rendue symptomatique par la chute, ayant conduit à l'intervention chirurgicale de janvier 2009, s'était éteinte trois mois après ladite intervention et que le statu quo sine était atteint le 9 avril 2009, avec une séquelle fixée. Le rachis avait poursuivi sa dégénérescence, telle qu'en a témoigné l'instabilité débutante décrite à trois ans des faits, lors de l'intervention de 2009, justifiant dès lors une spondylodèse. Cette instabilité segmentaire n'était pas en relation de causalité avec l'accident de janvier 2006, aucun arrachement osseux n'ayant été rapporté pendant l'intervention en 2009. Les experts retenaient en outre un taux d'atteinte à l'intégrité de 10% pour l'atteinte subie du côté droit (syndrome de douleurs chroniques neuropathiques S1 droite), celle de gauche (hernie et spondylodèse) n'étant pas en relation avec l'accident. Les experts ont dès lors retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière trois mois après l'intervention chirurgicale du 9 janvier 2009, soit dès le 9 avril 2009, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité évitant : le port de charges supérieures ou égales à 15 kg, les positions statiques assise ou debout plus d'une heure de suite, la position en porte-à-faux lombaire, la conduite ou manipulation d'engins vibrants et la conduite d'un véhicule professionnel plus d'une heure d'affilée. Concernant les aspects psychiques, les experts ont posé les

diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (phase de status post) et de trouble somatoforme indifférencié, tous les deux sans lien de causalité avec l'événement du 25 janvier 2006 et sans incidence sur la capacité de travail. En substance, les experts ont constaté qu'au jour de l'expertise aucune symptomatologie de la lignée dépressive n'était retrouvée, que les douleurs ressenties par l'assuré était organiquement non explicable, qu'il existait un important phénomène d'amplification des douleurs et des discordances entre l'auto-évaluation et l'entretien clinique, et que les critères de gravité posés par la jurisprudence s'agissant du trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis, de sorte qu'il n'était pas invalidant. Les experts ont ainsi conclu que ces atteintes étaient sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré dans n'importe quelle activité.

Dans un courrier du 31 janvier 2013 à la CNA, l'assuré s'est prononcé sur le rapport d'expertise de la Clinique K. _____ en ces termes :

« Tout d'abord, M. S. _____ tient à relever que plusieurs de ses dires sont utilisés par les experts, notamment dans la partie de la synthèse, pour justifier de contradictions entre ce qui serait dit par le patient et ce qui serait constaté (ex : « j'ai perdu ma jambe »). Or, on relève que le patient est Turc, et parle mal le français, à tel point qu'un traducteur devait être présent lors de l'entretien. Néanmoins, le traducteur n'a pas traduit les questions et notamment l'auto-évaluation que le patient a dû remplir, de sorte qu'il existe manifestement, sur certains points, un problème de compréhension des questions.

Par ailleurs, M. S. _____ relève qu'il a été entendu lors d'un examen de 45 minutes environ (ce qui est d'ailleurs confirmé dans la synthèse) à l'exclusion de toute autre mesure clinique d'investigation Cette démarche paraît pour le moins étrange. Les experts relèvent par ailleurs en page 57 de leur rapport ne pas avoir pu examiner les dernières images de myélo-scanner de janvier 2010. Il requiert que ces images, apparemment en possession de la SUVA, soient transmises aux experts pour une prise de connaissance, de même que les radiographies récentes de M. S. _____, dont il semblerait que les experts n'aient pas eu connaissance.

Il sollicite par ailleurs qu'un examen physique et psychiatrique soit effectué, la situation ne pouvant pas simplement être examinée sur la base du dossier, à l'exclusion de toute constatation clinique motivée.

On requiert également que les experts prennent contact avec les médecins traitants de l'assuré, soit les Dr. [...] et le Dr. P. _____ afin de s'enquérir de l'évolution récente de M. S. _____.

Enfin, les experts sont invités à dire sur la base de quelles pièces/constats, ils peuvent affirmer que le statu quo sine est atteint trois mois après l'opération. Sur quelle base également peuvent-ils affirmer que l'atteinte présentée par M. S. _____ est à 90% lié à l'état antérieur, sachant qu'avant son accident, l'opposant n'a jamais présenté de douleurs dorsales, ni de trouble psychiatriques.

Les experts sont également priés de dire dans quelle mesure l'état antérieur préexistant aurait été aggravé par l'accident. Quels éléments leur permettent d'ailleurs d'affirmer que l'état actuel découle de la maladie et non de l'accident. Peut-on l'affirmer de manière possible ou certaine ? Pourquoi?

Le trouble somatoforme douloureux n'entraîne-t-il pas une incapacité de travail?

Peut-on réellement exclure que ce trouble soit en lien de causalité avec l'accident?

Sur la base de quels éléments concrets?

Quels éléments concrets permettent aux experts de dire que le trouble psychiatrique de M. S. _____ était préexistant à l'accident, sachant qu'il n'a jamais été suivi psychiatriquement avant l'accident?

Compte tenu des réponses aux questions complémentaires, mon client se réserve le droit de requérir une contre-expertise auprès de la Clinique de [...] ou auprès de la Dresse [...], rhumatologue à [...]. Il est également prêt à se soumettre à tous les tests nécessaires à établir ses facultés réelles dans certaines activités, notamment par le biais d'un séjour à la D. _____ de la SUVA notamment. »

Par décision du 15 avril 2013, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 21 avril 2013. Elle a également refusé le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, aux motifs qu'il n'y avait pas de handicap important, ni de perte de gain due à l'accident.

Par retour de courrier du 22 avril 2013 à la CNA, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué qu'il gagnerait en 2013, sans atteinte à la santé, 5'101 fr. par mois (part au treizième salaire non comprise).

Le 16 mai 2013, l'assuré, représenté par son nouveau conseil, a fait opposition à cette décision, faisant notamment valoir que son droit d'être entendu n'avait pas été respecté lors de la mise en œuvre de l'expertise K. _____, en particulier qu'il aurait dû bénéficier des services

d'un interprète. Il a requis principalement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise (avec accès à tous ses documents médicaux et qui répondrait aux questions évoquées par son ancien conseil dans son courrier du 31 janvier 2013), puis à être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité, à la prise en charge des soins médicaux et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Subsidiairement, il a demandé à être mis au bénéfice de mesures de réadaptation.

Dans un rapport du 22 mai 2013, le Dr Z._____ a affirmé qu'il ne pouvait se rallier au postulat des experts de la Clinique K._____, selon lequel le *statu quo sine* aurait été atteint trois mois après l'intervention chirurgicale du 9 janvier 2009 et que partant la spondylodèse L5-S1 réalisée le 9 novembre 2011 ne serait pas à la charge de la CNA, au motif qu'elle s'inscrirait dans un processus purement dégénératif. Ce médecin était « *très réticent à l'idée qu'on puisse faire la démonstration d'un statu quo sine lorsqu'on intervient de manière significative par une intervention chirurgicale dans le cours d'une évolution malade* ». Pour lui, il ne faisait aucun doute que l'intervention du 9 janvier 2009 avait pu contribuer à créer une instabilité segmentaire et que dès lors elle était en partie responsable de la réintervention du 9 novembre 2011. Il n'adhérait en outre pas à la mise en place d'un stimulateur médullaire chez un patient présentant un trouble psychique de nature à mettre en échec tous les traitements entrepris. S'agissant du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire, il n'y avait pas lieu de l'augmenter, si l'on admettait que la spondylodèse du 9 novembre 2011 avait été essentiellement commandée par un état dégénératif. Pour le reste, le Dr Z._____ s'est rallié aux autres conclusions des experts de la Clinique [...].

Le 11 octobre 2013, l'assuré a complété son opposition du 16 mai 2013 et produit une attestation du 8 octobre 2013 d'W._____, psychologue et psychothérapeute, selon laquelle l'assuré l'avait « *consulté en février 2011, avec son épouse pour une question conjugale. Lors de cet entretien nous n'avons relevé aucune pathologie sous-jacente, ni une problématique particulière liée à son intégration en Suisse. Les ressources*

adaptatives ainsi que la relation au monde étaient de bonne qualité. L'état dépressif dans lequel j'ai trouvé M. S._____ lors de l'entretien du 26.08.2013 était inexistant en 2011 ». L'assuré en déduisait que les affections psychologiques dont il souffrait étaient en lien de causalité avec l'accident du 25 janvier 2006.

Par décision sur opposition du 23 janvier 2014, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a notamment relevé que le Dr Z._____, les médecins de la D._____, le Dr P._____ et les médecins de la Clinique K._____ étaient unanimes, retenant une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité légère permettant l'alternance de positions. La comparaison entre un salaire exigible de 62'073 fr. et un gain sans invalidité de 66'313 fr., conduisait à une perte de gain de 6,3%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. La CNA a retenu que l'expertise réalisée au sein de la Clinique K._____ était probante. S'agissant de la problématique psychique, elle a estimé qu'outre le fait qu'elle n'entraînait pas d'incapacité de travail, elle n'engageait pas sa responsabilité, faute de lien de causalité avec l'accident du 25 janvier 2006. Enfin, elle a nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire.

d) A la suite d'une demande de révision de l'assuré (cf. courrier de son médecin traitant, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, du 22 août 2011), l'OAI a procédé à un nouvel examen de son dossier. Le 8 mars 2013, cet office a rendu un nouveau projet de décision refusant à l'assuré le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant de 7%.

B. Par acte du 24 février 2014, S._____, représenté par son conseil, a recouru contre la décision sur opposition rendue le 23 janvier 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, en concluant, sous suite de frais et dépens, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise à titre préliminaire, et principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%, à une

indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi qu'au remboursement de tous les frais médicaux en lien avec son accident. Subsidiairement, il conclut à l'octroi de mesures de réadaptation. En substance, le recourant fait valoir que l'expertise de la Clinique K._____ n'est pas probante, que ses atteintes psychiques sont en lien de causalité avec l'accident subi et que la CNA a failli à son devoir de motivation faute de s'être prononcée sur l'octroi d'éventuelles mesures de reclassement. Enfin, le recourant a demandé la restitution de l'effet suspensif.

Dans ses déterminations du 10 mars 2014, la CNA a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif aux motifs que les chances de succès du recourant étaient ténues et que ses intérêts n'étaient pas mis en péril, puisqu'il était en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée.

Le recourant a maintenu sa demande de restitution de l'effet suspensif dans son écriture du 28 mars 2014.

Par ordonnance du 5 mai 2014, le juge instructeur a procédé à une balance des intérêts et a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif du recourant.

Dans sa réponse au recours du 25 juillet 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Les parties ont maintenu leur position respective dans leurs écritures des 30 septembre et 22 octobre 2014.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre

lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 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).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours, formé dans le délai légal de trente jours dès sa notification (art. 60 al. 1 LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), est recevable.

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 du recourant aux prestations de l'intimée postérieurement à la date du 21 avril 2013, singulièrement sur le

point de savoir si la CNA était légitimée à mettre un terme à ses prestations à compter du 21 avril 2013, respectivement à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi qu'à rejeter une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire à celle octroyée par décision du 30 janvier 2008, en se fondant sur le rapport d'expertise de la Clinique K._____ du 7 novembre 2012, ainsi que sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr Z._____.

3. a) Selon 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 ou de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1).

L'assuré invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les

mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. 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 (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

b) aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). 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 (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut 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 maladif antérieur 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_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un

rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « *post hoc ergo propter hoc* » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

bb) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a, 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 *in fine*, 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références).

Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du

caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SVBR 2^{ème} éd. 2007, n° 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées ; 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération sept critères exhaustifs, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;

- la durée anormalement longue du traitement médical ;

- les douleurs physiques persistantes ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb ; TF 8C_1007/2012 du 21 janvier 2013 consid. 3).

c) Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2, 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1, TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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 confidents 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 c. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. Dans un premier moyen, le recourant se plaint d'un manque de motivation de la décision litigieuse, au motif que l'intimée n'indique pas pour quelles raisons elle prend en charge certains soins au détriment d'autres, ni n'explique les termes de « *physiothérapie d'entretien* ». Le recourant semble également se plaindre du fait que la CNA ne se prononce pas sur le droit à des mesures de reclassement.

On rappellera qu'au terme de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation a été déduite par la jurisprudence du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), afin que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités).

Le grief tiré du défaut de motivation de la décision n'est pas fondé en l'espèce. Tout d'abord, la CNA n'a pas à se prononcer sur l'octroi de mesures de réadaptation, tel que le reclassement, ceux-ci étant du ressort de l'assurance-invalidité et non de l'assurance-accidents. S'agissant du traitement médical, l'intimée a mis un terme à sa prise en charge, sous réserve d'une physiothérapie d'entretien, des antalgiques et des AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) assortis de trois à quatre consultations médicales annuelles. Elle a ainsi défini le cadre de manière suffisamment précise, ajoutant que la prise en charge s'étendait jusqu'à nouvel avis, soit implicitement que le recourant serait susceptible de contester toute suppression. Par ailleurs, le recourant n'a pas fait état d'autres soins dont il aurait attendu la prise en charge. Il n'a au demeurant pas fait valoir dans ses écritures qu'il aurait méconnu la portée de la décision litigieuse, décision qu'il a d'ailleurs été en mesure d'attaquer en connaissance de cause dans son acte de recours et ses déterminations ultérieures.

5. Il convient à présent de déterminer si le dossier a été instruit à satisfaction par la CNA, en particulier si des mesures d'instruction complémentaires, telle que la nouvelle expertise médicale requise par le recourant, se justifient. Dans ce contexte, il y a lieu de se prononcer sur la valeur probante des pièces médicales réunies par l'intimée, notamment sur celle de l'expertise réalisée par la Clinique K._____, et d'analyser les griefs formulés par le recourant à l'encontre de cette expertise. A cet égard, le recourant a formulé de nombreuses critiques quant au déroulement des examens effectués par ces spécialistes, notamment en faisant valoir une violation de son droit d'être entendu (refus de complément d'instruction, absence d'un interprète et de documents pertinents au dossier).

a) aa) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 497 consid. 2.2, 127 I 54 consid. 2b, 127 III 576 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa ; TF I 22/06 du 19 janvier 2007 et I 658/04 du 27 janvier 2006 consid. 2).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 V 130 consid. 2b et les arrêts cités).

bb) Le recourant fait valoir qu'il ne parle pas bien le français et qu'il aurait dû bénéficier d'un interprète lors de la mise en œuvre de l'expertise auprès de la Clinique K._____. Il apparaît toutefois que les plaintes et l'anamnèse ont été suffisamment détaillées (cf. p. 40 à 49) et que le recourant en Suisse depuis 1996 a selon toute vraisemblance compris la portée des questions qui lui étaient posées. Il n'expose d'ailleurs pas pourquoi les faits sur lesquels les experts se seraient trompés seraient susceptibles de modifier les conclusions médicales, de sorte que l'on ne peut en déduire que d'éventuels problèmes de langue auraient entaché l'expertise. Le recourant a également soutenu que les experts n'auraient pas pu se prononcer en connaissance de cause, à défaut d'avoir eu en leur possession certains documents pertinents, en particulier le myélo-scanner du 7 janvier 2010. Certes si les experts n'ont pas eu entre leurs mains ledit myélo-scanner, il n'en demeure pas moins que la situation médicale liée à cette imagerie leur a été rapportée par les médecins, notamment par le Dr Z._____ (cf. rapport examen médical final du 1^{er} juillet 2011 qui mentionne la présence d'un conflit radiculaire résiduel). Ainsi, le simple fait de n'avoir pu en étudier les images ne constitue pas un obstacle à la mise en œuvre de l'expertise. Ensuite, le recourant soutient également que l'expertise K._____ se fonde sur un seul entretien trop bref de quarante-cinq minutes. Cet argument n'est pas pertinent, la jurisprudence ayant rappelé à cet égard que le rôle de l'expert consiste précisément à se faire une idée sur l'état de santé du patient dans un délai relativement bref et que la durée n'est pas un critère retenu pour juger du caractère probant d'un rapport d'expertise (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_812/2014 du 16 février 2015 consid. 4.1 et les références). En outre, l'expert jouit d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise, s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer et il n'appartient pas au juge mais au praticien de décider s'il convient ou non de mettre en œuvre de tels examens (TF 9C_715/2013 du 4 février 2014 consid. 4.1.3 et la référence). Enfin, le recourant a reproché l'absence de réponses à ses questions exposées dans le courrier de son ancien conseil du 31 janvier 2013. Or conformément au principe inquisitorial figurant à l'art. 43 LPGA, il appartient précisément à

l'administration d'évaluer quelles mesures d'instruction sont nécessaires, le tribunal vérifiant - en cas de recours - si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux, objet des développements suivants.

b) Le recourant critique la valeur probante du rapport d'expertise de la Clinique K._____. Or les experts ont procédé à des investigations extrêmement fouillées du cas, opérant une analyse complète des pièces du dossier et requérant des bilans radiologiques complémentaires. Les éléments pertinents de l'anamnèse et les plaintes alléguées ont par ailleurs été relevés exhaustivement. L'expertise se fonde également sur les consultations de neurochirurgie et psychiatrie effectuées le 17 septembre 2012 par les experts. Totalisant cent quarante pages, cette expertise est complète, l'exposé du contexte médical est cohérent et l'appréciation médicale est claire.

Aussi, en l'absence d'élément concret susceptible de faire douter de l'exhaustivité des examens opérés et d'ébranler les observations convaincantes des experts, ainsi que de leurs conclusions, l'on ne voit pas à ce stade qu'une mesure d'instruction complémentaire puisse fournir un éclairage nouveau sur l'état de santé somatique du recourant.

c) L'aspect psychique ou psychologique ne justifie pas davantage d'instruction complémentaire, en particulier sous forme d'expertise, malgré les arguments avancés par le recourant. Certes, l'intéressé a produit une attestation de la psychologue W._____ qu'il a consultée en février 2011 avec son épouse pour une question conjugale, puis le 26 août 2013. Il convient toutefois de constater que l'assuré n'a fait état d'aucun suivi spécialisé durable et régulier à la date de la décision sur opposition entreprise en dépit du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, observé par les experts lequel ne requerrait toutefois aucun traitement spécifique. Par ailleurs, la psychologue W._____ a uniquement relevé un état dépressif sans plus de précision. Indépendamment de ces éléments, il serait de toute façon superfétatoire

d'investiguer plus avant cette problématique, ainsi qu'il sera exposé ci-dessous (cf. consid. 6b).

En conséquence, il y a lieu de considérer que le présent litige est en l'état d'être tranché sans mesure d'instruction complémentaire. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

6. Cela étant, il convient d'examiner si l'intimée a refusé à juste titre la prise en charge des soins médicaux (sous réserve d'une physiothérapie d'entretien, des antalgiques, des AINS assortis de trois à quatre consultations médicales annuelles et ce, jusqu'à nouvel avis) et de l'indemnité journalière dès le 22 avril 2013. Autrement dit, il y a lieu de déterminer s'il existe un lien de causalité entre la symptomatologie présentée par le recourant au-delà du 21 avril 2013 et l'accident du 25 janvier 2006.

a) Du point de vue physique, le recourant a tout d'abord présenté des lombosciatalgies à droite à la suite de son accident de janvier 2006. Les douleurs ont persisté et l'ensemble des médecins consultés a constaté l'existence d'une atteinte radiculaire S1 droite et une volumineuse hernie discale paramédiane droite L5-S1, raison pour laquelle une hémilaminectomie a été réalisée en janvier 2009, soit trois ans après l'accident. Par la suite, les douleurs ont été stables, mais se sont accentuées vers la fin de l'été 2011 conduisant à une nouvelle intervention, une cure de hernie discale L5-S1 à gauche. Ces opérations et leurs suites ont été prises en charge par l'intimée. S'agissant de la hernie

L5-S1 droite, l'imagerie préopératoire réalisée en 2011 excluait toute récurrence. En janvier 2012, le recourant ressentait encore quelques douleurs sciatiformes sans déficit sensitivo-moteur notable et le pronostic restait favorable (cf. rapport du 13 janvier 2012 du Dr P._____). En septembre 2012, le recourant décrivait des douleurs au niveau fessier, étendues le long de sa jambe droite. Les douleurs avaient en revanche disparu du côté gauche (cf. expertise K._____ du 7 novembre 2012, p. 59).

Les experts de la Clinique K._____ ont décrit dans leur rapport du 7 novembre 2012 que les différents bilans réalisés témoignaient d'un état antérieur asymptomatique au niveau du rachis lombaire avant l'accident de janvier 2006. Ils ont retenu que le diagnostic de contusion fessière était en phase de status post, les séquelles de la compression de la racine L5-S1 étaient en phase de maintenance étant donné la persistance d'une perte de sensibilité tactile à la face externe du membre inférieur droit, le diagnostic de hernie discale L5-S1 gauche était en phase de rémission retardée, le recourant décrivant une nette amélioration depuis l'opération de septembre 2011, et l'instabilité segmentaire vertébrale lombaire était en phase de rémission symptomatologique suite à la spondylodèse. A l'examen, l'expertisé était collaborant, il est resté assis pendant environ une heure sans montrer de signes ou d'attitudes algiques, s'est levé pour faire quelques pas, puis est revenu s'asseoir pendant une heure supplémentaire, ce qui est en contradiction avec les plaintes rapportées, à savoir qu'il ne pouvait tenir la position assise plus de trente minutes. Il n'y avait pas de signe de Lasègue et l'examen neurologique était normal, hormis un déficit de sensibilité superficielle dans le territoire S1 et en partie L5 à droite et partiel dans le territoire S1 à gauche. Les experts retenaient une évolution stationnaire au niveau des plaintes du recourant, lesquelles étaient discordantes par rapport à l'examen clinique, ainsi qu'une absence quasi complète d'un syndrome lombo-rachidien. Ils ont ainsi estimé que, dans le seul cadre de l'accident, rien ne pouvait expliquer la persistance des algies ni la description des plaintes au-delà de l'opération de 2009, retenant ainsi que le statu quo sine était atteint le 9 avril 2009, soit trois mois après

l'intervention de janvier 2009. Selon eux, l'instabilité segmentaire, même débutante, décrite lors de l'intervention de 2009 et qui avait conduit à la spondylodèse de 2011, n'était pas en relation de causalité avec l'accident, aucun arrachement osseux de l'angle antérieur n'ayant été rapporté, écartant ainsi une origine traumatique. A ce sujet, le Dr Z._____ s'écartait de l'avis des experts, étant très réticent à l'idée qu'on puisse faire la démonstration d'un statu quo sine lorsqu'on intervenait de manière significative par une opération chirurgicale dans le cours d'une évolution malade. Pour lui, il ne faisait aucun doute que l'intervention du 9 janvier 2009 avait pu contribuer à créer une instabilité segmentaire et que dès lors elle était en partie responsable de la réintervention du 9 novembre 2011 (cf. rapport du 22 mai 2013 du Dr Z._____). Il estimait que ce traitement avait été pris en charge à juste titre par la CNA. Cela étant, il se ralliait pour le reste aux autres conclusions de l'expertise K._____, la situation pouvant être considérée comme stabilisée, puisqu'il constatait déjà en juillet 2011 une situation strictement superposable à celle observée trois mois et demi auparavant (cf. rapport du 1^{er} juillet 2011 du Dr Z._____).

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, les Drs J._____ et O._____ ont estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : évitant le port de charges supérieures ou égales à 15 kg, les positions statiques assise ou debout plus d'une heure de suite, la position en porte-à-faux lombaire, la conduite ou manipulation d'engins vibrants et la conduite d'un véhicule professionnel plus d'une heure d'affilée. Cette description des limitations fonctionnelles rejoignait celles décrites par les médecins de la D._____ dans leurs rapports des 27 novembre 2006 et 2 octobre 2007 et par le Dr Z._____ dans son rapport du 1^{er} juillet 2011.

b) Concernant les aspects psychiques, la Dresse L._____, médecin traitante, retenait en 2008 un état anxieux dépressif, sans autre précision. Les Drs H._____ et [...] de la D._____ ont noté en 2009 à titre de comorbidité un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive

prolongée (cf. rapport du 20 août 2009). Un traitement anti-dépresseur avait été mis en place. En 2011, le Dr G._____ mentionnait la présence d'une surcharge psychogène, raison pour laquelle un traitement anti-dépresseur avait été introduit (cf. rapports des 31 janvier et 19 avril 2011). Quant aux experts de la Clinique K._____, ils notaient en 2012, les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, en phase de status post, et de trouble somatoforme indifférencié, tous les deux sans lien de causalité avec l'accident et sans influence sur la capacité de travail du recourant. S'agissant du premier diagnostic, les experts retenaient qu'aucune symptomatologie de la lignée dépressive n'était retrouvée à l'examen clinique et qu'en tous les cas, ce diagnostic n'était pas en lien de causalité naturelle avec la chute, contrairement à ce que soutient le recourant. En effet, il fait valoir qu'il souffre d'un état dépressif en lien de causalité adéquate avec l'événement du 25 janvier 2006. Toutefois, le seul argument qu'il fait valoir, à savoir que la psychologue W._____ attestait que l'état dépressif dans lequel elle avait trouvé son patient en 2013 était inexistant en 2011, ne lui est d'aucun secours (cf. attestation du 8 octobre 2013), le raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » n'étant pas un critère suffisant pour admettre un lien de causalité naturelle. Enfin, la psychologue W._____ a uniquement relevé un état dépressif sans plus de précision. Cela étant, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant si un diagnostic sur le plan psychiatrique est avéré dans le cas présent ; en effet, même si l'existence d'un lien de causalité naturelle entre d'hypothétiques troubles psychiques et l'événement assuré du 25 janvier 2006 devait être admise par un psychiatre - étant précisé que le Dr G._____ et la psychologue W._____ ne sont pas au bénéfice de ce titre - l'existence d'un lien de causalité adéquate serait dans tous les cas niée. En effet, dans le cas présent, l'accident peut être qualifié de gravité moyenne. Il n'a d'abord pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant, l'assuré ayant chuté d'une hauteur de vraisemblablement un mètre seulement, soit d'un marche-pied de camion-poubelle sur lequel il avait l'habitude de travailler. Or aucun des critères dégagés par la jurisprudence et rappelés plus haut (cf. consid. 3b/bb) n'est en l'occurrence réalisé, ou à tout le moins ne présente une importance particulière ou décisive. Le seul critère des

douleurs persistantes n'est pas suffisant pour retenir un lien de causalité adéquate entre les éventuelles atteintes psychiques et l'accident du 25 janvier 2006. C'est donc à juste titre que l'intimée a nié l'existence tout lien de causalité.

c) Vu l'exposé qui précède, l'intimée était fondée à considérer que le statu quo sine vel ante avait été atteint au plus tard le 22 avril 2013 et, partant, à refuser de prendre en charge les conséquences financières des troubles présentés par le recourant au-delà de cette date, et de passer à l'examen du droit à une rente d'invalidité.

7. Cela étant, il se justifie de se prononcer sur le refus de rente prononcé par l'intimée dans sa décision du 15 avril 2013, confirmée dans sa décision sur opposition du 23 janvier 2014.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

b) A titre préalable, rappelons que les experts de la Clinique K._____ - rejoints par le médecin d'arrondissement de l'intimée - ont retenu une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée à son état de santé dans leur rapport du 7 novembre 2012, dont le caractère probant a été établi (cf. consid. 5 et 6 supra). Reste à contrôler le calcul du préjudice.

En l'occurrence, le recourant ne remet pas en cause le revenu hypothétique sans invalidité retenu par l'intimée de 66'313 fr., dont le calcul ne prête pas flanc à la critique. Quant au revenu d'invalidé,

l'intimée était en droit de recourir aux descriptions de postes de travail (DPT) pour établir le revenu d'invalidé de ce dernier (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), fixé à 62'073 francs.

Vérifié d'office et par ailleurs non critiqué en soi par le recourant, le calcul du revenu moyen fondé sur les cinq DPT sélectionnées est correct et peut être repris. Ainsi, il résulte de la comparaison des revenus une incapacité de gain arrondi à 7%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

8. Le recourant estime qu'il a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire à celle octroyée par décision du 30 janvier 2008. En l'occurrence, la CNA a fixé à 10% le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, se basant sur l'appréciation du Dr Z. _____ du 2 octobre 2007.

Ce médecin s'est fondé sur la Table 7 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité, édictés par la CNA en 2004, afférente aux affections de la colonne vertébrale. En 2007, il constatait que la situation correspondait à des douleurs minimales, même au repos, accentuées par les efforts. L'absence de syndrome lombo-vertébral vraiment significatif, la modicité de l'atteinte radiculaire séquellaire et la diminution de la taille de la hernie imposaient de retenir un taux de 10%. Dans son rapport du 1^{er} juillet 2011, le Dr Z. _____ a affirmé qu'une indemnité supplémentaire n'entrait pas en ligne de compte. Il a ensuite confirmé, dans son rapport du 22 mai 2013, que le recourant n'avait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire. Les experts de la Clinique K. _____ rejoignent l'appréciation du médecin de la CNA, en présence d'un syndrome lombo-vertébral non significatif et d'un examen neurologique avec une hypoesthésie superficielle S1 droit. Il convient d'ajouter que le recourant présente des limitations fonctionnelles relativement standards pour le type d'affection dont il souffre. Il n'y a au demeurant aucun document médical au dossier qui parle en faveur d'un complément d'indemnité ou d'un taux plus élevé.

Ainsi, le grief du recourant eu égard à l'IPAI doit être écarté, le taux de 10% retenu par l'intimée se trouvant bien fondé.

9. Le recours, en tous points mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice
(cf. art. 61 let. a LPGA).

b) Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens. Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce.

En outre, la CNA, en sa qualité d'assureur social, dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 23 janvier 2014 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Regina Andrade Ortuno (pour S. _____),
- 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 :