

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 avril 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 et 10 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme manœuvre pour le compte de l'entreprise H._____ SA. 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).

Le 10 octobre 2005, à 14h30, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Selon le rapport de police établi le 15 octobre 2005, les circonstances de l'accident ont été les suivantes:

"M. X._____ circulait d' [...] en direction de [...], à 65-70 km/h, selon lui. A la sortie d'une courbe à droite, suite à une vitesse inadaptée aux conditions du moment (chutes de pluie) et à la configuration des lieux, il perdit la maîtrise de sa machine. Celle-ci glissa sur la chaussée détrempée et dévia à gauche, au moment où arrivait normalement en sens inverse, le convoi conduit par M. J._____. L'avant de la [...] percuta l'avant gauche de l' [...] J._____. Suite à ce choc, le véhicule X._____ effectua un tête-à-queue et heurta à nouveau, avec son arrière, le côté gauche de l' [...]".

Selon le rapport de police, l'assuré ressentait de fortes douleurs au pied droit, à la tête et aux côtes. Il a été transporté en ambulance à l'Hôpital de [...], où il a séjourné du 1^{er} au 4 octobre 2005 et y a subi une intervention sous forme de réduction et ostéosynthèse par vis. Le Dr O._____, spécialiste en ophtalmologie, a établi un certificat médical prévoyant une durée probable d'incapacité de travail d'un mois, prolongée par certificat médical du Dr Z._____, médecin à l'Hôpital de [...].

Par déclaration de sinistre du 10 octobre 2005, cet accident a été annoncé à la CNA. Selon cette déclaration, l'assuré a subi une fracture du métatarse droit, une fracture au thorax (côtes et cage thoracique) et des contusions du crâne. Le cas a été pris en charge par la CNA.

Dans son rapport médical du 7 novembre 2005 à la CNA, le Dr O. _____ a diagnostiqué une fracture de la malléole interne droite, traitée par ostéosynthèse le 1^{er} octobre 2005.

Dans un rapport médical intermédiaire du 3 février 2006, le Dr F. _____, chirurgien orthopédique, a diagnostiqué une fracture de la cheville droite. Il a constaté que la fracture était compliquée par un Südeck mais qu'elle allait légèrement mieux. Il a estimé la durée du traitement de 2 à 6 mois.

L'assuré a été examiné le 8 mars 2006 par le Dr T. _____, chirurgien orthopédique et médecin d'agence de la CNA. Dans un rapport du même jour, ce spécialiste a indiqué que la fracture de la cheville, traitée par ostéosynthèse, avait consolidé dans les délais habituels. L'évolution se compliquait toutefois d'une algodystrophie. Il a proposé d'adresser l'assuré à la [...] (ci-après: la [...]) dans un but de réadaptation intensive et de reconditionnement.

L'assuré a effectué un séjour au service de réadaptation générale de la [...] du 29 mars au 9 mai 2006. Dans ce cadre, il a notamment fait l'objet d'un examen psychiatrique par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie. Dans un consilium du 3 avril 2006, ce dernier a relevé que l'anamnèse et l'observation excluaient une pathologie psychiatrique significative; en particulier il n'y avait pas de trouble de l'adaptation et encore moins de critères pour retenir un état de stress post-traumatique.

Dans un rapport de la [...] du 24 mai 2006, les Drs C. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en chirurgie orthopédique, et E. _____, médecin assistant, ont posé les diagnostics de fracture de la malléole interne droite le 1^{er} octobre 2005, ostéosynthésée par double vissage, et d'algoneurodystrophie de la cheville et du pied droit, au décours. Dans leur appréciation du cas, ils ont retenu que l'évolution était favorable; ils ont proposé une poursuite de la physiothérapie ambulatoire avec l'objectif d'améliorer le renforcement

musculaire et la proprioception. L'incapacité de travail dans la profession habituelle d'employé dans une entreprise de bâtiment et génie civil a été évaluée à 100% du 10 au 31 mai 2006 et à 0% dès le 1^{er} juin 2006.

Dans un rapport du 9 juin 2006, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne, a retenu que l'évolution était lentement favorable sous traitement de physiothérapie intensive à la [...], mais que persistaient des douleurs et une diminution des amplitudes articulaires avec une sensation d'instabilité à la marche. Il a proposé une poursuite de la physiothérapie et a estimé que la capacité de travail devait être fixée en juillet ou août 2006.

Le 5 octobre 2006, l'assuré a été examiné par le Dr G._____, chirurgien et remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du même jour, ce spécialiste a indiqué que l'assuré n'avait pas repris son travail, en raison de douleurs qui selon lui l'empêchaient de reprendre son activité à 100%. Au vu de l'examen médical, rien ne s'opposait toutefois à une reprise du travail.

L'assuré a consulté le Dr M._____, médecin associé au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du [...]. Dans un rapport du 20 novembre 2006, ce spécialiste a posé les diagnostics de séquelles de fracture malléolaire interne droite ostéosynthésée avec status post-algoneurodystrophie secondaire et griffes réactionnelles des orteils 2 et 3. Il a proposé l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, une rééducation intensive et la reprise du travail, à 50% pendant un mois puis à 100%.

Dans un rapport du 8 décembre 2006, le Dr I._____ a indiqué que l'AMO (ablation du matériel d'ostéosynthèse) avait été pratiquée le 30 novembre 2006.

Dans un rapport médical intermédiaire du 16 janvier 2007 à la CNA, les Drs [...] et [...], médecin généraliste et médecin assistant, ont relevé une persistance des douleurs du pied droit et de la cheville droite

avec sensation d'instabilité à la marche. Une reprise du travail à 100% a été prévue pour le 1^{er} février 2007.

La CNA n'a pas versé d'indemnités journalières à l'assuré au-delà du 31 janvier 2007.

Dans un rapport du 12 décembre 2007 à la CNA, le Dr M. _____ a posé les diagnostics de séquelles de fracture de la cheville droite et de douleurs sous-taliennes résiduelles. Il a relevé que l'assuré s'était reconverti et travaillait à 100% comme chauffeur-livreur. Dans son appréciation du cas, il a estimé que l'évolution ostéo-articulaire était excellente et que les douleurs résiduelles étaient à mettre sur le compte d'une certaine chronicisation de la douleur mais peut-être aussi d'un déficit de coordination de la cheville. Il a proposé un traitement de physiothérapie pour la coordination et la proprioception.

Une IRM de la cheville droite (face et profil) a été pratiquée le 26 mars 2008 au service de radiologie de l'Hôpital de [...]. Dans un rapport du 27 mars 2008, le Dr B. _____, radiologue, a conclu à la présence d'un discret remaniement dégénératif en regard de l'extrémité distale de la malléole interne sur le site d'ostéosynthèse avec un status après lésion partielle du deltoïde.

Le 28 avril 2008, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a adressé un rapport médical LAA à la CNA, selon lequel son patient présentait des douleurs à la cheville droite, sans attester d'incapacité de travail.

B. L'assuré a téléphoné le 11 avril 2008 à la CNA en expliquant qu'il avait toujours mal à sa cheville droite, ce qui lui était très pénible pour travailler à 100% comme chauffeur auprès de [...].

Dans un rapport du 20 mai 2008 adressé au Dr L. _____, la Dresse Y. _____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, a indiqué que l'assuré ressentait des douleurs résiduelles

de l'articulation tibio-tarsienne droite. Il s'agissait selon ce médecin d'un problème orthopédique pour lequel était indiqué un traitement de physiothérapie, de renforcement musculaire et d'assouplissement. Elle n'avait pas l'impression qu'un geste chirurgical pût être bénéfique pour l'assuré.

Dans un rapport médical LAA du 19 mai 2008, le Dr F. _____ a constaté une cheville droite avec une mobilité à 100%, sans instabilité mais avec une douleur à la palpation du pourtour antérieur de la malléole externe. Il n'a pas attesté d'incapacité de travail et a indiqué que le traitement était terminé depuis le 7 avril 2008.

Dans son rapport médical du 9 octobre 2008 à l'Hôpital de [...], le Dr M. _____ a indiqué ne pas avoir de solution pour l'assuré, car il n'y avait pas de véritable problème mécanique. En revanche, une symptomatologie douloureuse chronique s'installait, raison pour laquelle le patient devait être convoqué au service d'antalgie de l'Hôpital de [...].

L'assuré a été convoqué par le Dr T. _____, qui l'a examiné le 13 novembre 2008. Dans son rapport du même jour, ce médecin a relevé que l'assuré, après une évolution initialement favorable, était dérangé depuis environ une année par des douleurs d'intensité variable de la cheville droite accentuées par la position et la marche. A l'examen, il a constaté une discrète amyotrophie du mollet associée à une très légère diminution de l'amplitude articulaire de la cheville; la palpation de la cheville et de la sous-astragalienne externe était douloureuse. La situation actuelle relevait principalement de mesures symptomatiques (antidouleurs, talonnette amortissante). Il n'a pas attesté d'incapacité de travail et a estimé que les séquelles de l'accident, qui n'atteignaient pas un taux d'atteinte à l'intégrité indemnisable, nécessitaient un suivi médical à long terme.

Dans un rapport du 19 janvier 2009, le Dr F. _____ a constaté une différence par rapport à l'examen de l'année précédente au niveau de la localisation des douleurs. Il a proposé une infiltration du sinus du tarse

et quelques investigations au niveau de la sous-astragaliennne. Il a estimé que ces douleurs résiduelles étaient la conséquence de l'accident initial, dont la prise en charge incombait à la CNA.

Dans un examen du dossier du 3 février 2009, le Dr AB._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que les troubles de l'assuré étaient en relation de causalité probable avec l'accident du 1^{er} octobre 2005, et qu'il y avait lieu de prendre en charge des investigations au niveau de la sous-astragaliennne.

Dans un rapport du 9 mars 2009, le Dr F._____ a noté que l'assuré, en raison de ses douleurs au pied droit, n'était plus capable de marcher plus d'une demi-heure, avait de la peine sur les terrains instables et peinait à conduire plus de trois heures. L'infiltration du sinus du tarse n'avait produit aucun effet et un nouveau bilan IRM de la cheville droite n'avait pas mis en évidence de substrat anatomique précis à ces douleurs. L'assuré n'arrivait plus à effectuer des activités mobilisant son pied droit et un poste de travail assis devait être envisagé. Il fallait considérer que les séquelles douloureuses consécutives à l'accident de 2005 étaient définitives.

Le 10 mars 2009, l'employeur de l'assuré a adressé une déclaration de sinistre LAA à la CNA (rechute de l'événement du 1^{er} octobre 2005). La caisse cantonale de chômage en a fait de même le 13 mars 2009, en précisant que l'assuré était incapable de travailler depuis le 9 février 2009.

Dans un examen du dossier du 18 mars 2009, le Dr AB._____ a estimé que les troubles de l'assuré ainsi que l'incapacité de travail dès le 28 janvier 2009 étaient en relation de causalité probable avec l'accident du 1^{er} octobre 2005. Il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise.

Par courrier du 10 juin 2009 au conseil de l'assuré, la CNA a relevé que selon le Dr L._____, l'état de la cheville était stabilisé,

l'intéressé pouvant mettre en valeur une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Le 18 août 2009, la CNA a fait savoir au conseil de l'assuré qu'elle entendait mandater en qualité d'expert le Dr K._____, chirurgien orthopédique et spécialiste en chirurgie du pied et de la cheville, en joignant le questionnaire à lui soumettre et en lui impartissant un délai de 20 jours pour indiquer s'il approuvait le choix de l'expert et pour joindre sa liste de questions.

Le 26 août 2009, l'assuré s'est déclaré d'accord avec l'expert et la liste de questions. Il a joint à son envoi une copie du rapport de la médecin conseil du service de l'emploi, la Dresse W._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

L'assuré a été examiné par le Dr K._____ le 7 octobre 2009. Dans son rapport d'expertise du 13 janvier 2010, ce spécialiste a posé les diagnostics de douleurs de la cheville droite sans substrat anatomique objectivable, de status après fracture de la malléole interne droite, ostéosynthésée et guérie, de status après probable algoneurodystrophie de Südeck et d'ankylose sous-astragaliennne droite post-traumatique, post-ostéosynthèse et post-immobilisation. Le Dr K._____ a répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées:

"6.4. Ces diagnostics doivent-ils être considérés comme constituant une (des) suite(s) de l'accident du 01.10.2005 au degré de vraisemblance prépondérante? Si OUI, veuillez donner une justification et si NON, veuillez expliquer pourquoi.

Les douleurs dont se plaint le patient n'ont pas de substrat anatomique objectivable tant sur le plan clinique que radiologique. Le seul élément à relever est une certaine raideur sous-astragaliennne, compatible avec le traumatisme, l'opération chirurgicale, l'immobilisation post-opératoire et l'algodystrophie de Südeck probable. Cette raideur explique la gêne en terrain inégal, mais certainement pas toute la symptomatologie douloureuse dont se plaint le patient, et qu'il ressent comme très invalidante. Elle ne saurait expliquer les difficultés à la conduite d'un véhicule, ni les problèmes ressentis lors de la marche sur terrain plat.

6.5. Au regard des seules suites de l'accident, une amélioration sensible des suites de l'accident peut-elle être attendue de la poursuite de traitements avec la vraisemblance minimale nécessaire?

Non.

6.6. Au regard des seules suites de l'accident, les suites de l'accident justifient-elles une incapacité de travail dans le cadre de l'activité habituelle de manoeuvre ou de l'activité de chauffeur poids-lourds ? Si oui, avec quel horaire et quel rendement?

La raideur sous-astragalienne peut empêcher l'activité habituelle de manoeuvre, car celle-ci s'effectue souvent sur du terrain inégal, que ce soit sur des chantiers ou sur du terrain en tant que jardinier. Par contre, l'activité en tant que chauffeur poids-lourds n'est pas limitée par cette raideur, qui n'est par ailleurs pas liée à une arthrose sous-astragalienne.

Il faut encore noter que l'infiltration effectuée par le Dr F. _____ au niveau de l'articulation sous-astragalienne n'a pas amené de bénéfice d'après le patient. Ceci amène donc des doutes quant à la répercussion de cette raideur sous astragalienne sur les douleurs ressenties par le patient.

Dans le cadre d'une activité de chauffeur poids-lourds, le rendement peut être estimé à 100%.

6.7. Au regard des seules suites de l'accident, quelles tâches et activités sont encore exigibles de la personne assurée? Avec quel horaire et quel rendement?

Il est impossible de répondre à cette question en raison de l'absence de pathologie objectivable au niveau de la cheville droite.

Au regard des seules suites de l'accident, quelles positions et fonctions (par ex. s'asseoir, se tenir debout, marcher, alterner les sollicitations, porter et soulever des charges, s'accroupir, s'agenouiller, monter des escaliers et des échelles, manier des outils ou des objets, travailler les bras levés, etc.) ne sont-elles plus exigibles de la personne assurée?

La raideur sous-astragalienne peut rendre difficile les déplacements en terrain inégal et le fait de monter des échelles. Ceci peut néanmoins être réduit par l'utilisation d'un soulier à tige montante, de type Kunsli, stabilisant l'arrière-pied.

Les autres activités décrites sont exigibles compte tenu de l'absence de pathologie objectivable.

En regard des seules suites de l'accident, quelles positions et fonctions ne sont-elles exigibles de la personne assurée qu'avec une réduction horaire ou de rendement (veuillez mentionner les limites de temps et de charge)?

En dehors des conditions citées ci-dessus, il n'y a pas de limite de temps ou de charge, toujours compte tenu de l'absence de pathologie objectivable.

Au regard des seules suites de l'accident, dans quelles positions et fonctions la personne assurée ne présente-t-elle aucune limitation?

Dans toutes les activités qui ne concernent pas la marche en terrain inégal, ni la montée d'échelle (voir ci-dessus).

La personne assurée peut-elle exercer toute la journée une fonction adaptée selon les réponses mentionnées précédemment ou, au regard des seules suites de l'accident, des limitations horaires telles que pauses, prolongation de l'arrêt de midi, travail à la demi-journée, etc., sont-elles nécessaires (estimation chiffrée)?

La personne assurée peut exercer toute la journée une fonction adaptée selon les réponses mentionnées précédemment, et ceci sans adaptation spécifique: par exemple en tant que magasinier, chauffeur poids-lourds, poseur de moquette, vendeur en grande surface, etc".

Après avoir pris connaissance de cette expertise, en date du 26 janvier 2010, le Dr AB._____ de la CNA a relevé qu'il fallait reconnaître une pleine capacité de travail dans l'activité de chauffeur. Par ailleurs, étant donné l'absence de lésions résiduelles objectivables, le traitement de la rechute devait également être limité dans le temps, à savoir au 31 décembre 2009.

Interpellé à ce sujet par la CNA, R._____ a indiqué que l'assuré avait déclaré sa rechute [de l'événement du 1^{er} octobre 2005] le 28 janvier 2009, alors qu'il était employé intérimaire de cette société comme chauffeur poids-lourds.

Le 4 mars 2010, la CNA a fait savoir à l'assuré que dans la mesure où il n'existait, selon l'expertise du Dr K._____, pas de substrat anatomique aux douleurs qu'il invoquait, elle mettait un terme à la prise en charge des frais de traitement, une amélioration sensible des suites de l'accident ne pouvant pas être attendue de la poursuite du traitement selon l'expert.

Par son conseil, l'assuré a indiqué le 25 mars 2010 qu'il estimait l'expertise du Dr K. _____ contradictoire et critiquable, une nouvelle expertise devant selon lui être mise en œuvre.

Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique à la CNA. Dans son appréciation médicale du 14 avril 2010, ce dernier a observé qu'on pouvait actionner les pédales de l'embrayage et de l'accélérateur d'une voiture sans aucune gêne si l'articulation sous-talienne était bloquée. On pouvait en outre conduire une voiture suite à une arthrodèse de la cheville gauche, en changeant un peu de technique. Il était également possible de s'accroupir en cas d'enraidissement de l'articulation sous-talienne, de sorte que le travail de poseur de moquettes était également envisageable dans ce contexte. Dès lors, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise.

Par décision du 19 mai 2010, la CNA a expliqué que sur la base de l'expertise du Dr K. _____ il n'existait pas de substrat anatomique aux douleurs invoquées par l'assuré, lesquelles n'étaient pas susceptibles d'entraîner une incapacité de travail dans l'activité de chauffeur poids-lourds; seule une certaine raideur de la cheville était compatible avec le traumatisme du 1^{er} octobre 2005. Partant, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle prenait en charge les frais du traitement prodigué jusqu'à ce jour et mettait un terme à la prise en charge des frais médicaux, une amélioration sensible des suites de l'accident ne pouvant pas être attendue de la poursuite du traitement. Se référant à l'avis de l'expert, la CNA a ajouté que la perte de gain ne pouvait pas être prise en charge, l'incapacité de travail en tant que chauffeur de poids-lourds n'étant pas justifiée.

L'assuré, par son conseil, s'est opposé le 10 juin 2010 à cette décision. Il a complété son opposition le 14 février 2011, en faisant valoir que la décision précitée ne pouvait être maintenue. Il a produit les documents médicaux suivants:

- Un rapport de scintigraphie osseuse du 18 novembre 2010 de l'institut de radiologie de la clinique de [...], retenant l'existence d'une pathologie osseuse sur la région médio-tarsienne à droite, déjà présente en phase précoce, et d'une très discrète hyperfixation sur la malléole interne; il n'y avait actuellement pas d'arguments pour une éventuelle algoneurodystrophie.

- Un rapport du 7 février 2011 de la Dresse [...], radiologue, faisant suite à une IRM du pied droit et concluant à la présence de deux petits foyers d'os réactionnels de part et d'autre du versant dorsal de l'articulation entre le premier et le deuxième cunéiforme, et de la base du deuxième métatarsien. Il n'y avait pas d'atteinte des différentes articulations tarsiennes ni des structures tendineuses ou ligamentaires.

- Un rapport du 12 février 2011 du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a conclu à la présence d'un substrat organique, illustré sur la scintigraphie osseuse ainsi que sur l'IRM et corrélé aux plaintes de l'assuré. Il a estimé qu'en intégrant le mécanisme vulnérant, la pathologie du tarse était certainement liée à l'accident.

Le 15 février 2011, le conseil de l'assuré a sollicité le remboursement des honoraires du Dr N._____.

Le dossier de l'assuré a été une nouvelle fois soumis au Dr H._____, compte tenu des éléments produits à l'appui de l'opposition. Dans son appréciation médicale du 30 mars 2011, ce médecin a notamment relevé que selon la littérature médicale, il n'existait pas de consensus quant à l'origine des hyperfixations de découverte fortuite, certains spécialistes évoquant une surcharge de l'os qui ne nécessitait pas de traitement particulier. Le Dr N._____ n'avait pas opté pour cette théorie, préférant celle d'une pathologie post-traumatique, mais sans indiquer laquelle ni comment elle avait pu se développer en ne laissant aucune empreinte pendant cinq ans; ce médecin avait en outre omis de conclure à l'absence de corrélation radio-clinique. Dès lors, d'après le Dr H._____, on ne pouvait suivre l'avis du Dr N._____ selon lequel une

atteinte du pied concomitante à celle de la cheville s'était produite le 1^{er} octobre 2005.

Le 20 mai 2011, le Dr N._____ s'est déterminé sur l'appréciation de son confrère le Dr H._____. Il s'est écarté de l'avis de ce médecin, qui n'avait jamais examiné l'assuré et n'avait fourni aucune explication à la persistance de la symptomatologie douloureuse présentée par ce dernier. Il a estimé que la scintigraphie osseuse et l'IRM mettaient en évidence un processus pathologique dans le pied de manière irréfutable, a proposé de nouvelles investigations médicales et que le Dr H._____ se prononce sur les causes des douleurs ressenties par l'assuré.

Le 20 juin 2011, le Dr H._____ a suggéré que l'assuré soit réadressé au Dr K._____, compte tenu des nouvelles prises de position. L'assuré s'est opposé à cette proposition le 12 juillet 2011 et a proposé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, à confier à un autre médecin.

La CNA a toutefois réinterpellé le Dr K._____, qui a rendu un complément d'expertise le 20 décembre 2011. A cette occasion, le Dr K._____ a notamment relevé que l'absence de substrat anatomique objectivable concernait la cheville droite, le patient s'étant plaint uniquement de cette partie du corps. Jamais avant l'examen du Dr N._____ effectué plus de cinq ans après le traumatisme, la suspicion d'une pathologie du pied n'avait été envisagée. Le Dr K._____ a expliqué qu'il partageait l'avis du Dr H._____ concernant l'interprétation de la scintigraphie osseuse et de l'IRM. Il a estimé que même si la conclusion de surcharge mécanique ou bio-mécanique au niveau de l'articulation cunéo-métatarsienne 2 s'avérait fondée, l'hypothèse qu'elle serait due à l'accident de 2005 n'était fondée sur aucun argument rationnel. Il a ajouté que de nouvelles investigations médicales n'étaient pas indiquées et a précisé ne rien avoir à rajouter à son expertise.

Le 29 janvier 2012, le Dr N._____ a formulé des critiques à l'égard de l'avis du Dr K._____, en relevant en particulier que la cheville droite avait été traumatisée avec une fracture qui ne pouvait avoir d'autre

étiologie et que l'évolution de l'état de santé de l'assuré ne pouvait être considérée comme normale, ce dernier n'ayant pas recouvré une fonction physiologique normale de son membre inférieur droit.

Par décision sur opposition du 22 février 2012, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a retenu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis de l'expert K._____, corroboré par celui du Dr H._____, et s'est écartée de l'appréciation contraire du Dr N._____. La CNA a ajouté qu'il ne lui appartenait pas de prendre en charge les frais de l'expertise effectuée auprès du Dr N._____, car ce médecin s'était limité à évoquer des hypothèses. D'autres mesures d'instruction ne se révélaient par ailleurs pas nécessaires, de sorte que la décision querellée devait être maintenue.

C. Par acte du 20 mars 2012, J._____, par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, ainsi qu'au remboursement de la note d'honoraires du Dr N._____ et à la prise en charge de ses frais d'avocat avant recours. En substance, il fait valoir que l'accident du 1^{er} octobre 2005 a provoqué de manière incontestable une lésion durable de la cheville droite, dont le traitement a été long et qui a entraîné des séquelles douloureuses et objectivables, au niveau de la cheville et du pied. Pour lui, les conclusions des Drs K._____ et N._____ sont contradictoires, de sorte qu'il convient de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Il argue également du fait qu'il ne présentait pas de pathologie à sa cheville droite avant l'événement du 1^{er} octobre 2005.

Dans sa réponse du 6 juillet 2012, la CNA, par son conseil, conclut au rejet du recours, ainsi que de la requête d'expertise, expliquant que pour les nombreux médecins qui se sont prononcés sur le cas, il n'existe pas de substrat organique anatomique objectivable. Elle ajoute que l'expertise du Dr K._____ est probante et qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

En réplique, le recourant maintient sa position. L'intimée confirme en duplique conclure au rejet du recours et de la requête d'expertise.

D. Une expertise judiciaire a été confiée au Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, lequel a rendu son rapport d'expertise le 1^{er} juillet 2013, après avoir examiné le recourant le 14 juin 2013. Il a posé les diagnostics de syndrome douloureux résiduel léger de la cheville droite post fracture de la malléole interne, de douleurs de la cheville droite sans éléments anatomiques retrouvés tant à l'examen clinique qu'aux divers examens radiologiques et de status après fracture de la malléole interne droite guérie. En réponse aux questions qui lui étaient posées, ce médecin a estimé que les troubles étaient dus de façon certaine à l'accident du 1^{er} octobre 2005, dont celui-ci était la seule cause. Il a ensuite retenu en particulier ce qui suit:

"Les troubles consécutifs à l'accident présentés par le recourant sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail? [...]"

Non.

Un syndrome douloureux post-traumatique de la cheville, même léger, n'est pas compatible avec certaines activités professionnelles telles que les activités nécessitant des charges physiques lourdes telles que monter et descendre les escaliers avec un surpoids à porter.

Toutes activités qui seraient davantage sédentaires sont possibles. Il est vrai que le métier de chauffeur livreur implique par définition une charge qui ne se limite jamais uniquement à la conduite de véhicule, mais bien plus, puisqu'elle implique également le chargement, déchargement et déplacement de la marchandise transportée. On peut donc imaginer que dans ce genre d'activité le patient soit limité par les douleurs.

Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative? [...]"

Sans mesure médicale supplémentaire, l'état de santé actuel du patient est tout à fait compatible avec une activité professionnelle adaptée.

Aucune mesure médicale supplémentaire ne permettrait au patient de retrouver une activité professionnelle lourde étant donné qu'il n'est pas clair d'où ces douleurs proviennent et dès lors comment les prendre en charge.

En effet, avec les moyens d'investigations extensifs mis à disposition jusqu'ici, il n'a pas été possible de mettre en évidence un substrat anatomique spécifique à ses douleurs.

L'expert peut-il dire si l'état séquellaire de l'expertisé est compatible avec la conduite d'un camion 8 heures par jour, le pied étant constamment sollicité non seulement lors de cette conduite mais également pour monter et descendre du véhicule et aider aux chargements de celui-ci?

Non.

L'expert peut-il dire si les douleurs sont handicapantes aussi dans une profession ne sollicitant pas beaucoup le pied [...]?

Les douleurs ne sont pas handicapantes. Elles ne devraient pas l'être pour une activité adaptée (une activité dans laquelle la cheville n'est pas sollicitée de façon lourde).

Au regard des suites de l'accident, quelles positions et fonctions (p. ex. s'asseoir, se tenir debout, porter et soulever des charges, s'accroupir, s'agenouiller, monter des escaliers et des échelles, manier des outils ou des objets, travailler les bras levés, etc.) ne sont-elles plus exigibles de la personne assurée?

La limitation précise est difficile à évaluer, à chiffrer dans le détail. Les fonctions entraînant une surcharge mécanique sur la cheville sont à éviter, puisqu'elles génèrent précisément les douleurs. Par exemple s'asseoir: possible; se tenir debout: possible; porter et soulever des charges: à éviter ou alors sans déplacement; s'accroupir: à éviter; s'agenouiller: possible; monter des escaliers, des échelles: à éviter.

Au regard des seules suites de l'accident, quelles positions et fonctions ne sont-elles exigibles de la personne assurée qu'avec une réduction horaire ou de rendement [...]?

Conduite et transport de charge.

La personne assurée peut-elle exercer toute la journée une fonction adaptée selon les réponses mentionnées précédemment?

Oui.

Au regard des seules suites de l'accident, une incapacité de travail dans l'activité habituelle de manœuvre ou de chauffeur poids lourds est-elle justifiée? [...]

Il est difficile de donner une réponse précise à cette question, étant donné que nous ne connaissons pas en détail la description exacte du poste de travail du patient. Nous n'avons pas d'idée sur sa lourdeur bien entendu. Il y a en effet une grande disparité de charge physique parmi les différents postes de travail qui figurent sous l'appellation de "chauffeur livreur". Dès lors un médecin du travail allant évaluer sur place la nature exacte de l'occupation professionnelle serait nettement mieux à même de donner une

réponse à cette question. Toutefois, on peut estimer que l'activité actuelle n'est plus exigible.

L'expert peut-il dire si l'assuré est capable d'actionner les pédales de l'embrayage, de l'accélérateur ou du frein d'un véhicule automobile? [...]

Le patient est bien capable de les actionner. [...]"

Dans ses observations du 20 août 2013, se déterminant sur l'expertise, le recourant a demandé que l'expert soit interpellé sur les critères de Budapest et la question du CRPS (Complexe Regional Pain Syndrom), joignant un questionnaire complémentaire. Il a précisé qu'à ses yeux, l'expert décrivait bien un handicap, en reconnaissant que les limitations entraînant une surcharge mécanique de la cheville droite devaient être évitées puisqu'elles généraient des douleurs, de sorte qu'une activité lourde ne pouvait pas être accomplie.

Le 26 août 2013, la CNA a relevé que l'expertise du Dr D._____ était superposable aux autres considérations médicales formulées par les médecins et que la cause était en état d'être jugée.

Le 18 octobre 2013, l'expert D._____ a rendu un complément d'expertise, en répondant comme suit aux questions du recourant:

"Pouvez-vous vous prononcer à titre complémentaire sur les rapports établis par le Dr N._____ et leurs annexes scientifiques, en relation avec la situation de M. J._____?"

L'avis exprimé dans les différents rapports du Dr N._____ est celui de leur auteur et ne reflète pas nécessairement notre point de vue, qui est par ailleurs clairement exposé dans notre expertise. La littérature qui est adjointe à ces rapports n'apparaît pas à nos yeux comme étant la plus pertinente.

En particulier, quel est votre point de vue sur le Complexe Regional Pain Syndrome (CRPS) et les critères de Budapest?

L'algodystrophie ou dystrophie sympathique réflexe et les causalgies sont regroupées sous la dénomination de "syndromes régionaux douloureux complexes" ou "Complex Regional Pain Syndrome" ou CRPS. Cette classification récente est justifiée par le caractère inconstant et non permanent de l'interaction du système sympathique dans la genèse de la douleur. Le diagnostic reste difficile à poser et il s'articule uniquement sur des critères cliniques.

Les critères de Budapest auxquels vous faites référence sont malheureusement pour la plupart subjectifs et difficiles d'interprétation.

L'affirmation de M. J. _____ sur les importantes douleurs qu'il [éprouve], cela de façon durable, à son pied lorsqu'il doit effectuer un freinage d'urgence peuvent-elles être confirmées médicalement ou à tout le moins sont-elles crédibles au vu de l'état de la cheville et du pied de l'expertisé?

Il nous apparaît très difficile de répondre sans ambiguïté à cette question. En effet, même s'il n'existe pas de substrat anatomique à ces douleurs, il nous est décevantement impossible de mettre en doute la crédibilité de ces affirmations".

Dans sa prise de position du 16 décembre 2013, se déterminant sur le complément d'expertise, le recourant estime que l'expertise du Dr D. _____ est gravement lacunaire en tant que l'expert aurait manifestement omis de consulter la brochure de la CNA sur le CRPS.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

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 (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. 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 a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, il répond aux prescriptions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 19 mai 2010, en lien avec la rechute de l'événement du 1^{er} octobre 2005.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

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 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 pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 129 V 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. Les rechutes se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par

l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

c) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Frésard / Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2^{ème} éd., n° 153 p. 895).

d) 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). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

e) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa; TF 9C_667/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.1).

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).

4. a) Dans le cas présent, tous les avis médicaux au dossier concordent et conduisent à retenir une capacité de travail et de gain entière dans une activité adaptée. Il en va ainsi des médecins de la [...] (rapport du 24 mai 2006), du Dr F._____ (rapport du 19 mai 2008), du Dr T._____ (rapport du 13 novembre 2008), de la Dresse W._____ (rapport du 26 août 2009) et du Dr K._____ (expertise du 13 janvier 2010). Le Dr H._____ conclut lui aussi, en substance, à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (rapports des 14 avril 2010 et 30 mars 2011).

Seul le Dr N._____ estime qu'il y a un substrat organique, illustré sur la scintigraphie osseuse ainsi que sur l'IRM et corrélé aux plaintes du recourant, de sorte que la pathologie du tarse est certainement liée à l'accident (rapports des 12 février et 20 mai 2011). Toutefois, son appréciation est contredite par le Dr H._____, qui précise que son confrère le Dr N._____ n'indique pas de quelle pathologie post-traumatique il s'agit ni comment elle a pu se développer en ne laissant aucune empreinte pendant cinq ans; on ne peut donc retenir qu'une atteinte du pied concomitante à celle de la cheville s'est produite le 1^{er} octobre 2005 (appréciation médicale du 30 mars 2011). En outre, selon le Dr K._____, l'assuré s'est plaint uniquement de la cheville droite, et jamais avant l'examen du Dr N._____ effectué plus de cinq ans après le traumatisme la suspicion d'une pathologie du pied n'a été envisagée; l'hypothèse qu'une surcharge mécanique soit due à l'accident de 2005 n'est fondée sur aucun argument rationnel (complément d'expertise du 20 décembre 2011).

Finalement, une expertise judiciaire a été mise en œuvre. Le Dr D._____ estime que les troubles sont dus de façon certaine à l'accident du 1^{er} octobre 2005, dont celui-ci est la seule cause. Les troubles consécutifs à l'accident ne sont toutefois pas de nature à

empêcher une activité professionnelle et n'engendrent pas d'incapacité de travail, toute activité sédentaire étant possible et les douleurs n'étant pas handicapantes dans une activité ne sollicitant pas la cheville de façon lourde. Si les fonctions entraînant une surcharge mécanique sur la cheville doivent être évitées, l'assuré peut néanmoins exercer toute la journée une activité adaptée (expertise judiciaire du 1^{er} juillet 2013). Le Dr D. _____ précise encore qu'il s'écarte de l'avis du Dr N. _____ et qu'il n'existe pas de substrat anatomique aux douleurs ressenties par l'assuré (complément d'expertise du 18 octobre 2013).

L'expert judiciaire se fonde sur une anamnèse complète et un examen médical détaillé, qui prend notamment en compte les plaintes subjectives, avant de procéder à une appréciation du cas claire et dûment étayée, répondant de façon précise aux questions des parties et du tribunal. Contrairement à ce que laisse entendre le recourant, le Dr D. _____ se prononce sur la question du CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) et sur les critères de Budapest, en l'occurrence sans modifier son appréciation. Les arguments du recourant à ce sujet ne sauraient être déterminants. L'expertise et son complément remplissent donc les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Il convient ainsi de constater que le recourant présente bien une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé. Au demeurant, les médecins se sont bien attachés à décrire les douleurs ressenties par l'intéressé, en précisant qu'elles n'empêchaient pas une capacité de travail dans une activité ménageant le membre inférieur droit (expertise judiciaire du Dr D. _____, rapport du 14 avril 2010 du Dr H. _____ et expertise du Dr K. _____, notamment). Rien ne justifie dès lors qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre. Le dossier est donc complet du point de vue médical et un complément d'instruction en ce sens est superflu.

b) Le recourant soutient qu'il ne peut plus exercer d'activité lourde et subit dès lors, comme travailleur manuel, un handicap sur le marché du travail, spécialement pour un chauffeur poids-lourds. Cette

affirmation est contraire aux conclusions du Dr D._____ (expertise judiciaire du 1^{er} juillet 2013), qui n'a pas exclu l'exigibilité d'une activité de chauffeur et retenu que l'assuré est capable d'actionner les pédales de frein, d'accélérateur et d'embrayage. En outre, il n'est pas démontré que le recourant subirait un handicap sur le marché du travail, étant donné qu'il dispose d'une capacité de travail dans une activité légère, notamment sédentaire. Ainsi de l'avis - probant -, du Dr D._____, le recourant peut exercer toute la journée une activité adaptée. L'intimée n'a ainsi pas violé le droit fédéral en mettant un terme aux prestations.

5. Le recourant conclut à la prise en charge des frais de l'expertise privée du Dr N._____.

a) Pour que de tels frais puissent être mis à la charge de la CNA, encore faut-il qu'elle ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 139 V 496 consid. 4.4; 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4.4; voir également ATF 139 V 225 consid. 4; TF 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2), lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les arrêts cités).

En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise

judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 in fine).

b) Dans le cas d'espèce, la CNA n'a pas manqué à son devoir d'instruction. Bien au contraire: après avoir interpellé ses médecins-conseils, puis mis en œuvre un expert externe, le Dr K._____, elle a encore sollicité l'avis du Dr H._____, avant de réclamer un complément d'expertise au Dr K._____. Par ailleurs, on ne saurait dire que le dossier constitué par la CNA comprend des contradictions manifestes d'ordre médical ou des questions non résolues, ni que les rapports médicaux sur lesquels elle se fonde sont dénués de valeur probante. En effet, l'avis défendu par le Dr N._____ est clairement divergent par rapport aux conclusions des autres médecins, ce que l'expertise judiciaire a permis de confirmer. L'ensemble des pièces médicales permet ainsi de retenir sans ambiguïté que l'assuré peut exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé. Au demeurant, ainsi que le relève l'intimée, le Dr N._____ s'est limité à émettre des hypothèses, en partant du principe que la scintigraphie osseuse et l'IRM mettaient en évidence un processus pathologique et expliquaient la symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré.

Il n'y a dès lors pas lieu de mettre les frais d'expertise privée à charge de la CNA.

6. Le recourant conclut en outre au remboursement des frais d'avocat avant recours. La recevabilité de cette conclusion est douteuse, étant donné que la question des frais d'avocat ne fait pas l'objet de la décision attaquée, le juge n'entrant en principe pas en matière sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; TF 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2). Au demeurant, il appartenait le cas échéant à l'assuré de déposer une requête d'assistance judiciaire (art. 61 let. f LPGA) auprès de la Cour de céans pour la présente procédure de recours, respectivement une demande

d'assistance administrative (art. 37 al. 4 LPGA) auprès de la CNA pour la procédure qui était pendante devant cette autorité, ce qu'il n'a pas fait.

7. Le recours doit ainsi être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA). Quant à l'intimée, obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, elle ne peut se voir allouer de dépens à charge du recourant.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 22 février 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.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne (pour J._____)
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour la 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).

Le greffier :