

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 février 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : M. Gutmann et Mme Dormond Béguelin, assesseurs  
Greffier : Mme Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Onnens, recourant, représenté par Me Mary Monnin-Zwahlen,  
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 18 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA et 25 LAA; 36 al. 1 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** N. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 26 mars 1971, a été employé depuis 1998 par l'entreprise Z. \_\_\_\_\_ SA, Construction en bois, à [...], en qualité de manoeuvre-charpentier. A cet égard, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA).

Le 7 novembre 2003, l'assuré a chuté d'une hauteur de plusieurs mètres à son travail à la suite d'une explosion et d'un début d'incendie. Les premiers soins lui ont été prodigués au CHUV, au sein duquel il a séjourné du 7 au 12 novembre 2003. L'assuré a subi une fracture-tassement de la vertèbre L1 ainsi que des brûlures du deuxième degré superficielles de la main gauche. Ce diagnostic a été confirmé dans le rapport médical LAA établi le 22 décembre 2003 par le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin assistant. Une immobilisation par le biais d'un corset de Jewett est intervenue.

**b)** Entendu par un inspecteur de l'assureur-accidents en date du 7 mai 2004, l'employeur a indiqué que l'assuré était un bon ouvrier, travailleur et intelligent à qui on pouvait donner des responsabilités; pour sa part, l'assuré s'est plaint de douleurs persistantes dans le bas du dos et a déclaré qu'une fracture au niveau de la hanche avait été détectée tardivement.

L'assuré a été examiné le 8 juin 2004 dans les locaux de la CNA par le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, qui à cette date a avant tout constaté un important état de stress post-traumatique chez l'assuré. Cela étant, ce praticien a préconisé d'adresser le patient à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR), où il pourrait se mobiliser progressivement et où l'on pourrait aussi l'estimer et le traiter sur le plan psychique.

Du 15 juin au 14 juillet 2004, l'assuré a bénéficié d'un séjour à la CRR, à Sion, en vue d'une réadaptation intensive. A cette occasion, les diagnostics de lombalgies chroniques, de fracture tassement de L1 le 7 novembre 2003, de spondylolyse L5 bilatérale et de séquelles de dystrophie rachidienne de croissance ont été posés, tout comme celui d'état de stress post-traumatique de degré léger à moyen; une poursuite d'une capacité de travail nulle a été attestée.

**c)** Une IRM de la colonne lombaire effectuée le 28 septembre 2004 au Service de Radiodiagnostic du CHUV a révélé une fracture-tassement du plateau supérieur de L1 en voie de consolidation associée à la présence d'une lésion dégénérative de type Modic I à II.

Ensuite de cette constatation, une vertébroplastie à visée antalgique a été réalisée le 16 novembre 2004. L'évolution n'a toutefois pas été favorable, les douleurs étant toujours présentes.

L'assuré a été examiné le 22 avril 2005 par le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA Lausanne, qui a noté que les radiographies montraient une fracture-tassement de L1 avec une perte de hauteur de 50% du mur antérieur; relevant que la vertébroplastie semblait n'avoir rien apporté, en tout cas du point de vue subjectif, le médecin a émis l'avis qu'il était difficile de proposer une chirurgie de stabilisation à un patient qui n'avait pas beaucoup de ressources et qui restait fragile sur le plan psychique. L'extension de douleurs et de la présence d'une spondylolyse L5 bilatérale lui semblait également être des facteurs de mauvais pronostic.

**d)** Du 5 au 27 juillet 2005, l'assuré a de nouveau été adressé à la CRR. Le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a noté dans un consilium psychiatrique du 26 juillet 2005 que l'on avait surtout affaire à un homme révolté adoptant un statut d'invalidé dans le contexte d'un conflit avec l'employeur, de sorte qu'il n'était plus justifié de retenir une incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

A l'issue du séjour, les médecins de la CRR, constatant qu'en ce qui concernait uniquement le dos, il n'y avait pas d'élément s'opposant à un essai de reprise d'une activité professionnelle allégée à 50%, ont finalement admis une capacité de travail dans la profession de manoeuvre-charpentier de 50% dès le 27 juillet 2005, en précisant que cette capacité de travail devait être réévaluée postérieurement. Du rapport de la CRR du 8 septembre 2005, signé par le Dr H.\_\_\_\_\_, chef de service, spécialiste FMH et médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, et par le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin assistant, il ressort ce qui suit:

"Le patient susnommé a séjourné dans notre service de réadaptation générale du 05.07.05 au 27.07.05, date de son retour à domicile.

DIAGNOSTIC(S) PRIMAIRE(S):

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES:

- Vertébroplastie de L1 le 14.11.04
- Lombalgies chroniques (M 54.5)
- Fracture-tassement L1, le 07.11.03 (Z 91.1)
- Spondylolyse L5 bilatérale (M 43.0)
- Séquelles de dystrophie rachidienne de croissance (Z 87.3)

CO-MORBIDITE (S):

- Trouble état de stress post-traumatique (F 43.1)
- Gastrite (K 29.7)

(...)

APPRECIATION ET DISCUSSION:

A l'admission, M. N.\_\_\_\_\_ annonce des douleurs s'étendant de la région dorsale basse à la région lombaire basse, accompagnées d'une irradiation en hémi-ceinture dans les dernières côtes à D et d'une irradiation le long de la crête iliaque D, sans douleur dans les membres inférieurs. Les douleurs sont constantes, à l'immobilisation et à la mobilisation, et occasionnellement durant les nuits. Subjectivement, le patient n'annonce aucune amélioration après le séjour précédent à la CRR, ainsi qu'après l'intervention de vertébroplastie. Le patient annonce également une persistance de cauchemars, et un état de tristesse.

(...)

D'un point de vue locomoteur, on constate que le patient considère son handicap comme important (questionnaire OSWESTRY et EIFEL), avec une grande appréhension de voir péjorer la douleur et l'atteinte de sa colonne vertébrale, lors de la pratique d'activités physiques et professionnelles (questionnaire FABQ), avec une cotation de la douleur très élevée. En parallèle, le status vertébral n'est pas inquiétant, par contre le patient présente un état de stress durant l'examen physique avec une tachycardie supérieure à 100/min.

(...)

En ce qui concerne uniquement le dos, il n'y a actuellement pas d'élément qui s'oppose à un essai de reprise d'une activité professionnelle allégée à 50%. D'un point de vue psychiatrique, aucune incapacité n'est reconnue. Etant donné la colère du patient envers son patron, il nous semble difficile qu'une reprise de l'activité professionnelle puisse se faire dans l'entreprise actuelle, même si le patron proposait une activité moins exigeante physiquement.

**CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE DANS LA PROFESSION DE MANOEUVRE-CHARPENTIER:**

50 % dès le 27.07.05, dans un travail allégé, à réévaluer."

**e)** Une reprise effective du travail à la demi-journée dans l'entreprise Z.\_\_\_\_\_ SA est intervenue régulièrement à compter du 15 août 2005, dans une activité allégée, sans port de charges, sans grand déplacement. Le rendement net a été évalué à 25%, soit un demi-rendement sur la demi-journée.

Dans un rapport de consultation psychiatrique du 13 décembre 2005, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin traitant psychiatre, a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte justifiant une incapacité de travail de plus ou moins 20% et il a précisé que l'on pourrait assister à une amélioration de la situation clinique si une décision dans le sens d'une rente lui permettait de faire le deuil quant à son handicap.

**f)** Le 14 février 2006, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, médecin agréé aux Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois, a écrit ce qui suit au Dr X.\_\_\_\_\_, qui suivait l'assuré (pièce 83):

"Ce petit mot pour te dire que j'ai suivi M. N. \_\_\_\_\_ et que je suis actuellement encore en cours d'investigations chez ce patient. J'avais dans un premier temps effectué des blocs facettaires avec un résultat assez favorable et une radiofréquence a conclu ce traitement. Malheureusement le patient n'a été soulagé que peu de temps et n'a pas obtenu d'effet à long terme. J'ai donc continué les approches diagnostiques par ce jour le 14.02.2006 une discographie L5-S1 pour les douleurs lombaires basses. Clairement ce disque fuit, postérieurement, médialement et à l'injection du produit de contraste dans le disque on obtient une douleur aiguë, identique à celle que le patient présente habituellement. Un disque de contrôle 13-14 est asymptomatique. Sur le plan lombaire bas, la discopathie joue un rôle essentiel. Au niveau D12-L1, L2, la situation reste encore à évaluer et j'effectuerai aussi à ce niveau une discographie dans un prochain temps. Je n'ai pas actuellement ce renseignement. Ce patient doit être vu en contrôle le 23.02.2006 dans le cadre de la SUVA est c'est dans cette idée que j'ai écrit ce rapport intermédiaire."

**g)** Le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste FMH en chirurgie, a estimé, lors de son examen du 23 février 2006, que d'un strict point de vue somatique, l'assuré pourrait travailler en plein dans une activité légère de type industriel, autorisant des positions alternées; il a précisé qu'en prenant en considération la composante psychique, il faudrait s'attendre à une certaine baisse de rendement, quelle que soit l'activité envisagée. Du rapport du 23 février 2006, il ressort ce qui suit:

"Actuellement, le patient dit qu'il a des douleurs dorso-lombaires un peu permanentes, en ceinture, notamment lorsqu'il se penche en avant, aggravées par les efforts. Il a aussi des douleurs en position assise et lorsqu'il est couché sur le côté. C'est ainsi qu'il est fréquemment réveillé la nuit.

A l'examen clinique, on retrouve un patient mince mais bien musclé, qui a perdu les quelques kilos en trop qu'il avait pris, apparemment en bonne santé mais manifestement tendu et anxieux.

Objectivement, la jonction dorso-lombaire est un peu effacée mais il n'y a pas de troubles statiques majeurs. La musculature para-vertébrale est bien développée, diffusément tendue mais non douloureuse à la palpation. La mobilité rachidienne est bien récupérée. La mobilisation s'effectue harmonieusement. Elle est quand même douloureuse et surtout appréhendée. Il n'y a pas de signe d'atteinte radiculaire.

Malgré un investissement thérapeutique encore relativement important, le pronostic ne me paraît pas bon, notamment en termes de réadaptation professionnelle.

En effet, comme je l'ai déjà dit, ce patient n'a pas beaucoup de ressources et reste fragile sur le plan psychique.

Du strict point de vue somatique, il pourrait travailler en plein dans une activité légère de type industriel, autorisant des positions alternées, mais si on prend en compte la composante psychique, il faut s'attendre à une certaine baisse de rendement, quelle que soit l'activité envisagée, du moins selon l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_."

**h)** Le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a établi un certificat d'incapacité (pièce 84), reçu par la CNA le 7 juin 2006, dans lequel il attestait d'une incapacité de travail de 100% du 24 au 28 avril 2006 et d'une incapacité de travail de 75% dès le 29 avril 2006.

**i)** Le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé, à l'occasion de son examen médical final du 13 juillet 2006, son appréciation antérieure, à savoir l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, autorisant des positions alternées. Du rapport du 13 juillet 2006, il ressort ce qui suit:

"Actuellement, le patient dit qu'il ne voit pas de progrès. Il a toujours des douleurs dorso-lombaires, nettement aggravées par les efforts. Il doit changer fréquemment de position et s'allonger l'après-midi.

Objectivement, on retrouve un effacement de la jonction dorso-lombaire mais il n'y a pas de troubles statiques majeurs. La musculature paravertébrale est bien développée, diffusément tendue, douloureuse à la palpation, qui entraîne des réactions de retrait. La mobilité rachidienne est bien récupérée. La mobilisation s'effectue harmonieusement. Elle est toujours douloureuse et surtout très appréhendée. Les changements de position s'effectuent avec précaution. La station assise prolongée, en revanche, est soutenue sans difficulté. Il n'y a pas de signes d'atteinte radiculaire.

Le tableau clinique est donc inchangé chez un patient paraissant toujours tendu et anxieux.

Du point de vue somatique, je ne peux que répéter que le patient peut travailler en plein dans une activité légère, de type industriel, autorisant des positions alternées.

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

**j)** Dans une appréciation séparée du 13 juillet 2006, le Dr G. \_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré à 15% en se fondant sur la Table 7 (atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale) du barème "Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA". Pour lui, la situation correspondait à des douleurs minimales permanentes même au repos, accentuées par les efforts, dans le cadre d'un status après fracture-tassement de L1 ayant consolidé avec une perte de hauteur du mur antérieur de 50%.

**k)** Par courrier du 14 juillet 2006, la CNA (Lausanne) a informé l'assuré qu'elle considérait qu'il n'y avait plus de traitement médical nécessaire et qu'elle mettrait dès lors un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 août 2006; elle a précisé dans ce courrier que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité feraient l'objet d'un examen ultérieur.

Le 7 septembre 2006, se fondant sur les fiches de salaires produites par l'employeur pour la période du 7 novembre 2002 au 6 novembre 2003, la CNA a fixé le gain annuel assuré selon l'art. 22 al. 4 OLAA à 67'364 fr. et le gain présumable perdu 2006 à 62'590 fr.

**l)** Par décision du 6 décembre 2006, la CNA a reconnu les droits de l'assuré à une rente d'invalidité de 14%, calculée sur la base d'un gain annuel assuré de 67'364 fr., avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> septembre 2006, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 16'020 fr., correspondant à un taux de 15%, ainsi qu'à une indemnité unique en capital de 21'576 fr., fondée sur un gain annuel de 67'364 fr. et sur une diminution de la capacité de gain de 20% en raison des troubles psychogènes du 1<sup>er</sup> septembre 2006 au 31 août 2008.

**m)** Par courrier du 22 janvier 2007, l'assuré a formé opposition, par l'entremise de son mandataire, Me Monnin-Zwahlen, avocate à Yverdon-les-Bains, contre la décision de la CNA du 6 décembre 2006, en faisant valoir que son invalidité durable était de 75%, ce qui

justifiait une rente en proportion et une adaptation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité; cette opposition a été complétée le 1<sup>er</sup> mai 2007 par une écriture dans laquelle n'était remise en cause que la quotité relative à la rente d'invalidité.

Par décision sur opposition du 13 juin 2007, la CNA a rejeté l'opposition formée contre sa décision du 6 décembre 2006 en confirmant les motifs se rapportant à l'évaluation de la rente d'invalidité.

**n)** L'assuré a formé recours, par l'intermédiaire de son avocate, contre cette décision par écriture du 16 août 2007, en concluant à l'allocation d'une rente d'invalidité d'un taux de 75% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle correspondant à ce taux d'incapacité de gain de 75%, sous déduction de ce qui lui avait déjà été versé à ce titre.

Par courrier du 19 septembre 2007, la CNA a informé le Tribunal des assurances du canton de Vaud qu'elle acquiesçait partiellement aux conclusions du recours, en ce sens qu'elle acceptait d'annuler la décision entreprise et de reprendre l'instruction du cas.

Par jugement du 21 septembre 2007, le Président du Tribunal des assurances, constatant que le recours était ainsi devenu sans objet, a rayé la cause du rôle.

**B. a)** Après avoir repris l'instruction du dossier, la CNA, par décision du 15 janvier 2008, a déclaré annuler sa décision du 6 décembre 2006 en ce qui concernait la rente d'invalidité et l'indemnité en capital et a alloué à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 32% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006.

Représenté par l'avocate Mary Monnin-Zwahlen, l'assuré a formé opposition contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à 75% du salaire assuré et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant à 75% du gain assuré.

**b)** Par décision sur opposition du 15 juillet 2008, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 15 janvier 2008.

Elle a considéré tout d'abord que, dans les suites du recours formé par l'assuré contre la décision du 6 décembre 2006, elle avait annulé celle-ci avant d'en rendre une nouvelle portant uniquement sur le taux de la rente d'invalidité. Cela étant, il ne pouvait être entré en matière sur les conclusions de l'assuré à l'égard du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui dépassaient le cadre de la décision querellée; le litige portait dès lors uniquement sur le taux de la rente d'invalidité.

A cet égard, la CNA a retenu qu'en ce qui concernait les séquelles organiques de l'accident assuré, le Dr G.\_\_\_\_\_ avait relevé lors de l'examen clinique du 23 février 2006 qu'objectivement, la jonction dorso-lombaire était un peu effacée mais qu'il n'y avait pas de troubles statiques majeurs; la musculature para-vertébrale était bien développée, diffusément tendue mais non douloureuse à la palpation; la mobilité rachidienne était bien récupérée; la mobilisation s'effectuait harmonieusement; elle était quand même douloureuse et surtout appréhendée; il n'y avait pas de signe d'atteinte radiculaire. Aussi, du strict point de vue somatique, l'assuré était jugé apte à travailler en plein dans une activité légère de type industriel, autorisant des positions alternées. A l'issue d'un nouvel examen, le 13 juillet 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_ avait relevé que le tableau clinique était inchangé. Fort de ce constat, il avait confirmé que l'assuré pouvait travailler en plein dans une activité légère, de type industriel, autorisant des positions alternées. En ce qui concernait la composante psychique, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait le 13 décembre 2005 posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et estimé l'incapacité de travail liée à cette affection à plus ou moins 20%.

Cela étant, la CNA a retenu que l'assuré était incontestablement encore, en dépit des séquelles physiques et psychiques

consécutives à l'événement du 7 novembre 2003, apte à réaliser un gain dans diverses activités professionnelles. Ainsi, des rapports d'enquêtes économiques, consignés au dossier par la CNA (Lausanne), attestaient du fait qu'il existait, dans la petite industrie, des emplois légers propres à ménager le dos de l'assuré, dans la mesure où les travaux décrits autorisaient l'alternance des positions ou n'impliquaient pas des positions figées du corps et ne nécessitaient pas le port de charges lourdes. De telles places de travail permettraient de réaliser un revenu mensuel de l'ordre de 4'450 fr. (part du 13e salaire incluse). De surcroît, quarante-trois descriptions de postes de travail (DPT), correspondant au profil de l'assuré, avaient été recensées dans le canton de Vaud, offrant des rémunérations annuelles comprises entre 2'915 fr. et 5'633 fr. par mois.

Au montant de 4'450 fr., il convenait toutefois d'opérer une réduction de 20% afin de prendre en considération l'atteinte de la sphère psychique éprouvant l'assuré. Partant, la comparaison entre un revenu mensuel exigible de quelque 3'550 fr. et un gain mensuel réalisable sans accident - non contesté - de 5'200 fr. (part du 13e salaire comprise) mettait en exergue une perte économique de 31.7% et le taux de 32% de la rente litigieuse apparaissait ainsi correct.

La CNA a encore relevé que les médecins de la CRR avaient estimé, dans leur rapport du 8 septembre 2005, que la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans la profession de manoeuvre-charpentier, dans un travail allégé. L'argumentation de l'assuré, selon laquelle le taux d'invalidité devait être fixé en fonction du gain effectif qu'il réalisait auprès de l'entreprise Z. \_\_\_\_\_ SA et donc à 75% au moins, devait être rejetée. En effet, la capacité de travail de 50% fixée à la CRR n'était pas définitive dans la mesure où elle était destinée à être réévaluée; surtout, elle se référait au travail effectué auprès de l'entreprise Z. \_\_\_\_\_ SA, qui n'apparaissait d'emblée pas idéal dans la mesure où l'assuré nourrissait du ressentiment à l'égard de son employeur en raison des circonstances de l'accident; aussi, dans la mesure où la capacité de travail effective ne dépassait pas les 25% au sein de cette société, il fallait considérer que l'emploi exercé ne permettait pas à l'intéressé d'utiliser pleinement ses

ressources et qu'il se justifiait, dans cette perspective, de définir la quotité de la rente d'invalidité en se référant au marché général du travail, la situation professionnelle concrète ne permettant pas de mettre au mieux à profit la capacité résiduelle de gain.

**C. a)** L'assuré recourt contre cette décision sur opposition par acte du 15 septembre 2008.

Il indique qu'il souffre de lombalgies permanentes et intenses, que ce soit au repos en en activité, avec de nombreuses phases aiguës, et qu'il ne s'agit en aucune manière de douleurs minimales, comme les qualifie la CNA dans son estimation de l'atteinte à l'intégrité du 13 juillet 2006. A l'issue de son dernier séjour à la CRR, qui a eu lieu au mois de juillet 2005, les médecins lui ont reconnu une aptitude au travail à 50% dès le 27 juillet 2005 dans un travail allégé. Les médecins en question parlaient bien d'un essai de reprise d'activité professionnelle allégée à 50%, et il était bien prévu par la CNA que cette activité allégée à 50% se ferait chez l'employeur auprès duquel le recourant travaillait lorsqu'il avait subi l'accident, le contrat de travail n'ayant d'ailleurs pas été résilié. Il ne s'agissait donc pas d'une évaluation hypothétique de la capacité de travail du recourant.

C'est ainsi qu'à partir du 15 août 2005, le recourant a repris auprès de son employeur une activité adaptée; le salaire payé par l'employeur pour une activité adaptée à la mi-journée à été fixé à 25% du salaire antérieur. Selon le recourant, il résulterait clairement de divers rapports - le recourant cite à cet égard les pièces 83 et 84 - et de l'avis des médecins qui le suivent qu'il n'y a eu aucune évolution positive depuis 2004 et notamment durant l'année qui a suivi la reprise d'activité au mois d'août 2005. En contradiction selon le recourant avec tous les autres avis médicaux, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA Lausanne, sur la base d'un examen clinique isolé du 13 juillet 2006, soutient que les douleurs du recourant ne seraient que minimales et revient brusquement sur le pronostic défavorable en terme de réadaptation professionnelle émis jusque-là par les médecins de la CNA, en considérant

tout à coup que le recourant peut très bien travailler à 100% dans une activité allégée, à savoir une activité légère, de type industriel, autorisant des positions alternées. Or le recourant estime qu'il n'est pas admissible de calculer le revenu d'invalidé sur la bases de salaire totalement hypothétiques qui ne correspondent pas à la réalité. Il fait valoir que le travail qu'il accomplit auprès de son employeur est limité mais réel et que le salaire qu'il touche n'est pas un salaire social, si bien qu'il n'y a pas lieu, au vu de toutes les circonstances, notamment des problèmes psychiques s'ajoutant aux douleurs lombaires réelles, de considérer qu'il n'a pas mis en oeuvre tout ce que l'on pouvait raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident. Selon le recourant, l'évaluation à 34% de son taux d'invalidité serait donc arbitraire.

Enfin, en ce qui concerne l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, le recourant avoue ne pas comprendre la portée des considérants de la décision entreprise. Selon lui, en annulant une première décision qui allouait une indemnité pour atteinte à l'intégrité et en prenant une nouvelle décision allouant uniquement une rente mais pas d'indemnité, la CNA aurait statué par la négative au sujet de l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, si bien que le recours doit aussi porter sur ce point.

Fondé sur l'argumentation résumée ci-dessus, le recourant conclut avec dépens à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente LAA correspondant à une incapacité de gain de 75% lui est allouée dès et y compris le 1er septembre 2006 et qu'une indemnité pour atteinte à intégrité corporelle correspondante lui est allouée.

**b)** Dans sa réponse du 14 janvier 2009, l'intimée indique que le litige porte aussi bien sur la quotité de la rente d'invalidité allouée au recourant (32%) que sur celle de la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (15%).

Répondant d'abord au grief du recourant selon lequel le degré d'invalidité devrait être fixé sur la base de son taux d'activité actuel (25%)

auprès de son employeur, l'intimée explique les raisons pour lesquelles c'est à juste titre, selon elle, qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au handicap physique du recourant a été admise, ce qui conduit à retenir un degré d'invalidité de 32% aussi bien si l'on calcule le salaire avec invalidité - le salaire sans invalidité ne paraissant pas contesté - sur la base des DPT au dossier que si on le calcule sur la base des salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires.

Quant aux conclusions relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA soutient que dans la mesure où le complément d'opposition du 1<sup>er</sup> mai 2007 ne faisait aucunement référence à cet objet, le volet de la décision initiale du 6 décembre 2006 concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) était entré en force; elle relève d'ailleurs n'être pas revenue sur ce point dans la décision attaquée, partant du principe que, comme le taux de l'IPAI n'avait plus été contesté, elle n'avait pas à revoir cette question. Cela étant, même dans l'hypothèse où la Cour entrerait en matière sur cet objet du litige, le recours n'amènerait selon la CNA aucun élément probant en vue de contester avec succès l'estimation faite par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 juillet 2006. L'intimée propose dès lors le rejet du recours, dans la mesure où celui-ci est recevable, et la confirmation de la décision attaquée.

### **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. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60

al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile – compte tenu des fériés judiciaires d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) – auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La LPA-VD (Loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (cf. art. 117 al. 1 LPA). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant en l'espèce manifestement supérieure à 30'000 fr.

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

**b)** En l'occurrence, est d'abord litigieuse la question de savoir quelle est la capacité résiduelle de travail du recourant, singulièrement de savoir si son emploi actuel lui permet de mettre en œuvre pleinement sa capacité résiduelle de travail. Est également litigieuse la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, plus particulièrement de la quotité de cette indemnité.

**3. a)** En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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 réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA); en règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009, c. 2.1). Dans la mesure où ces revenus 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; ATF 128 V 29 c. 1; 104 V 135 c. 2a et 2b; cf. ATF 130 V 343 c. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve; lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social; si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 c. 4.2.1; 126 V 75 c. 3b/aa; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009, c. 2.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, ou lorsque le revenu effectivement réalisé ne remplit pas les conditions précitées, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 c. 4.2.1; 126 V 75 c. 3b/aa et les références; TF 8C\_677/2008 du 1<sup>er</sup> avril 2009, c. 2.3; TF 8C\_625/2008 du 26 février 2009, c. 3.2.1). S'agissant de la condition selon laquelle l'activité exercée doit mettre pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, il convient de rappeler que l'obligation de limiter le préjudice subi, qui est un principe général du droit des assurances sociales, oblige l'assuré à mettre en oeuvre tout ce qu'on peut

raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fût-ce au prix d'un effort important, avant de solliciter des prestations (ATF 123 V 86 c. 4c; 113 V 22 c. 4a p. 28).

**b)** 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 261 c. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 c. 4, 115 V 134 c. 2, 114 V 314 c. 2c, 105 V 158 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, c. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1).

Selon la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de l'assureur-accidents aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, c. 3.3.2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, c. 4.2). Par ailleurs, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre partie pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; VSI 2001 p. 106, I 128/98 c. 3b/cc; TF 8C\_658/2008 du 23 mars 2009, c. 3.3.2).

**c)** En l'espèce, le recourant a repris le travail à la demi-journée dans l'entreprise Z.\_\_\_\_\_ SA à compter du 15 août 2005, dans une activité allégée, sans port de charges, sans grand déplacement; le rendement net a été évalué à 25%, soit un demi-rendement sur la demi-journée. Cela étant, il se pose la question de savoir si cette activité met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle du recourant ou si celui-ci pourrait mettre à profit une capacité de travail et de gain supérieure en exerçant une autre activité.

A cet égard, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste FMH en chirurgie, qui a examiné le recourant le 23 février 2006 et à nouveau le 13 juillet 2006, a retenu que, d'un strict point de vue somatique, le recourant pourrait travailler en plein dans une activité légère de type industriel, autorisant des positions alternées; il a précisé qu'en prenant en considération la composante psychique, il faudrait s'attendre à une certaine baisse de rendement, quelle que soit l'activité envisagée. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a décrit de manière précise le status clinique, de la manière suivante: objectivement, on retrouve un effacement de la jonction dorso-lombaire mais il n'y a pas de troubles statiques majeurs; la musculature para-vertébrale est bien développée, diffusément tendue,

douloureuse à la palpation, qui entraîne des réactions de retrait; la mobilité rachidienne est bien récupérée; la mobilisation s'effectue harmonieusement; elle est toujours douloureuse et surtout très appréhendée; les changements de position s'effectuent avec précaution; la station assise prolongée, en revanche, est soutenue sans difficulté; il n'y a pas de signes d'atteinte radiculaire. Les rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ sont fondés sur une étude circonstanciée et sur des examens complets; ils prennent également en considération les plaintes du recourant, décrivent clairement le contexte médical, ne contiennent pas de contradictions et aboutissent à des conclusions convaincantes et sérieusement motivées. Dans ces conditions, une pleine valeur probante doit leur être accordée, dans la mesure où aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé.

En effet, dans leur rapport du 8 septembre 2005, les médecins de la CRR ont estimé que le recourant présentait dès le 27 juillet 2005, jour de sa sortie de la clinique, une capacité de travail de 50% dans la profession de manoeuvre-charpentier, dans un travail allégé, cette capacité de travail devant être réévaluée par la suite. Ces constatations ne remettent nullement en cause les constatations du Dr G.\_\_\_\_\_, qui a précisément procédé à une réévaluation de la capacité de travail du recourant après que celui-ci eut repris avec succès son travail de manoeuvre-charpentier à la demi-journée, moyennant des allègements (pas de port de charges ni de grand déplacement). Le rapport de la CRR, qui se prononçait sur d'éventuels obstacles à une reprise de l'activité habituelle du recourant, ne contient aucun élément qui permettrait de douter du bien-fondé des conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ lorsque celui-ci estime, sur la base d'examens complets, que malgré ses douleurs, le recourant, qui soutient notamment sans difficulté la station assise prolongée, pourrait travailler en plein dans une activité légère de type industriel, autorisant des positions alternées, avec toutefois un rendement diminué en raison de la composante psychique. Le certificat d'incapacité établi par le Dr L.\_\_\_\_\_, attestant de la poursuite d'une incapacité de travail de 75%, n'est pas motivé et ne fait que s'aligner sur la situation professionnelle effective du recourant, soit un demi-rendement sur la

demi-journée dans son activité d'aide-charpentier; ce certificat, émanant du médecin traitant du recourant, n'est nullement de nature à remettre en cause les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_. Il en va de même de la lettre du 14 février 2006 du Dr Q.\_\_\_\_\_, qui ne fait qu'attester la persistance des douleurs lombaires basses, dûment prises en compte par le Dr G.\_\_\_\_\_, sans se prononcer sur la capacité de travail.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 100% dans une activité industrielle légère, autorisant les positions alternées, avec toutefois une diminution de rendement de 20% en raison de la composante psychique. Cela étant, du moment qu'elle ne met pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible, l'activité exercée par le recourant en tant que manoeuvre-charpentier auprès de l'entreprise Z.\_\_\_\_\_ SA à raison d'un horaire de travail de 50% et d'un rendement net de 25% ne saurait être déterminante pour évaluer le revenu d'invalidé. Il y a au contraire lieu de déterminer ce revenu d'invalidé sur la base d'activités découlant de descriptions de postes de travail (DPT) – comme l'a fait la CNA pour aboutir à un revenu d'invalidé de quelque 3'550 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise (soit quelque 42'600 fr. par année), compte tenu d'une diminution de rendement de 20% – ou sur la base des statistiques salariales (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]), compte tenu du gain réalisé dans des activités simples et répétitives, ce qui n'aboutirait pas à un résultat sensiblement différent.

En effet, le salaire de référence est celui auxquels pouvaient prétendre en 2006 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2006, TA 1, niveau de qualification 4). Ce salaire hypothétique s'élève à 4'732 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise. Il représente – compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2006 (41,6 heures) – un revenu d'invalidé de 4'921 fr. par mois (4'732 fr. x 41,6 heures : 40 heures), soit 59'055 fr. par an (cf. ATF 126 V 75 c. 3a). Si l'on procède à une déduction de 10% pour tenir compte des

limitations fonctionnelles du recourant, son revenu d'invalidé s'élèverait à 53'150 fr. Après un nouvel abattement de 20% pour tenir compte de la diminution de rendement due à la composante psychique, le revenu d'invalidé serait de 42'520 fr., ce qui correspond – par comparaison avec le revenu sans invalidité de 62'590 fr. par année, qui n'est pas contesté – à un taux d'invalidité de 32.06%, soit, arrondi au pour-cent inférieur (ATF 130 V 121 c. 3.2), de 32%.

Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée en tant qu'elle octroie au recourant une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 32%.

**4. a)** Le recourant a également pris des conclusions tendant à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 75%. L'intimée conteste que l'octroi d'une atteinte à l'intégrité soit compris dans l'objet du litige; elle soutient que dans la mesure où le complément d'opposition du 1<sup>er</sup> mai 2007 ne faisait pas référence à cet objet, le volet de la décision initiale du 6 décembre 2006 concernant l'allocation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% serait entré en force. Cette opinion ne saurait toutefois être suivie. En effet, dans son opposition formée le 22 janvier 2007 contre la décision du 6 décembre 2006 qui accordait notamment une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 16'020 fr., correspondant au taux de 15%, le recourant avait notamment pris des conclusions relatives à ce volet de la décision, et dans son recours contre la décision sur opposition du 13 juin 2007 rejetant son opposition, le recourant a derechef conclu à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle correspondant au taux de 75%, sous déduction de ce qui lui avait déjà été versé à ce titre. L'intimée ayant accepté d'annuler sa décision sur opposition et de reprendre l'instruction du cas, il n'y a pas davantage eu de décision entrée en force sur l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité que sur la rente d'invalidité, et, au vu des conclusions prises par le recourant dans son opposition à la nouvelle décision du 15 janvier 2008 puis dans son recours contre la décision sur opposition du 15 juillet 2008, cette question est bel et bien comprise dans l'objet du litige. Il convient donc d'examiner le grief du recourant tendant à l'octroi d'une indemnité

pour atteinte à l'intégrité supérieure à celle déjà versée ensuite de la décision du 6 décembre 2006, soit d'une indemnité fondée sur un taux de 75%, dont on comprend, au vu des précédentes conclusions du recourant, qu'il devrait selon ce dernier correspondre au taux d'invalidité déterminé selon l'art. 16 LPGA.

**b)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance accidents, RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 OLAA. Selon l'al. 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA. Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 c. 1b, 209 c. 4a/bb; 113 V 218 c. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent.

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 211 c. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009, c. 2.1).

**c)** En l'espèce, l'intimée s'est référée, pour retenir un taux de 15%, à l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ du 13 juillet 2006, qui a évalué le taux de l'atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré à 15% en se fondant sur la Table 7 (atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale) du barème "Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA"; pour le Dr G. \_\_\_\_\_, la situation correspondait à des douleurs minimales permanentes même au repos, accentuées par les efforts, dans le cadre d'un status après fracture-tassement de L1 ayant consolidé avec une perte de hauteur du mur antérieur de 50%. Selon la Table 7 en question, les "douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts" (++) constituent le troisième degré (sur quatre, soit 0, +, ++ et +++) de l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles. Le seul degré plus élevé (+++) correspond à des "douleurs permanentes, plus ou moins intenses, également la nuit et au repos; charge supplémentaire impossible. Ces douleurs ne diminuent que lentement, après aggravation".

Au vu des constatations médicales au dossier, le classement des douleurs du recourant par le Dr G. \_\_\_\_\_ échappe à la critique, les éléments du dossier ne permettant à l'évidence pas de retenir l'existence de douleurs correspondant au seuil le plus élevé (+++), tel que décrit ci-dessus. Dans ces conditions, le taux de 15% retenu pour l'atteinte à l'intégrité doit être confirmé, le taux de 75% revendiqué par le recourant procédant au surplus apparemment d'une confusion entre le taux

d'invalidité déterminant pour la rente d'invalidité et le taux d'atteinte à l'intégrité, qui se détermine sur la base d'autres critères.

**5. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 let. a LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA; art. 55 LPA-VD).

**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 15 juillet 2008 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Mary Monnin-Zwahlen, avocate (pour N. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division Juridique),
- 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 :