

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 août 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges  
Greffière : Mme Neurohr

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Mireille Loroch, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 10, 16, 18, 19, 21 LAA ; art. 30 OLAA.**

**E n f a i t :**

**A.**            **a)** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1992, titulaire d'une attestation de formation professionnelle (AFP) d'employé de commerce de détail, travaillait pour D.\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010 comme vendeur dans un shop. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 24 juin 2016, l'assuré a été victime d'un accident de voiture lors duquel il a été polytraumatisé. Il a notamment subi une fracture transverse du cotyle gauche avec fracture multifragmentaire du mur postérieur et luxation de la tête fémorale. La CNA a pris en charge le cas.

Transféré au Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_) le 26 juin 2016, l'assuré a subi dès le lendemain une réduction ouverte de la luxation et une fixation par double plaque de la colonne et du mur postérieur. Le 12 juillet 2016, une réduction fermée de la fracture nasale a été réalisée (rapport du 22 juillet 2016 des Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie).

A sa sortie du Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_ le 19 juillet 2016, l'assuré a été admis à la Clinique H.\_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique H.\_\_\_\_\_) jusqu'au 24 septembre 2016, pour des thérapies physiques et fonctionnelles après polytraumatisme thoracique et au niveau du fémur gauche.

Le 16 août 2016, durant son séjour à la Clinique H.\_\_\_\_\_, l'intéressé a consulté le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il a constaté que, cinq semaines après l'opération, l'évolution était nettement favorable chez un patient qui avait marché jusqu'alors en charge de 10 à 15 kg. Ses

troubles neurologiques avec dysesthésies et faiblesse des releveurs du pied avaient été investigués par un ENMG [électroneuromyogramme] à la Clinique H.\_\_\_\_\_; le pronostic n'était pas trop réservé. Du point de vue purement orthopédique, l'évolution était favorable (rapport du 30 août 2016).

Le 5 septembre 2016, lors d'une consultation orthopédique, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Clinique H.\_\_\_\_\_, a constaté une évolution favorable de la fracture du cotyle. Le médecin proposait d'augmenter la marche en charge à 40 kg, puis d'ajouter 10 kg tous les 2 à 3 jours et d'envisager le sevrage des cannes d'ici 3 à 4 semaines. Du point de vue neurologique, l'assuré signalait des troubles depuis son opération. Ses douleurs étaient traitées. Une IRM et un EMG apportaient peu de renseignements à cet égard. Il était en train de récupérer au niveau moteur et l'atteinte motrice prédominait du côté du triceps et des fléchisseurs des orteils qui récupéraient. Il avait un jambier antérieur et des extensions communs qui fonctionnaient.

Lors d'un entretien personnel à l'agence de la CNA, l'assuré a notamment expliqué qu'en tant que vendeur dans un shop, il avait un rôle de conseil et de vente. Il travaillait tout le temps debout. Les employés avaient l'interdiction de s'asseoir durant leur activité.

Dans un rapport du 4 octobre 2016 de la Clinique H.\_\_\_\_\_, les Dres E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et W.\_\_\_\_\_, médecin praticienne et spécialiste en médecine interne générale, ont constaté qu'à la sortie de la clinique, l'évolution subjective et objective était bonne. Sur le plan orthopédique, l'assuré marchait avec deux cannes anglaises, en charge progressive selon la douleur. Il était encore limité en terrain instable et accidenté, ainsi qu'à l'endurance. Il allait poursuivre la physiothérapie à raison de 4 à 5 séances par semaine. Le but principal de ce traitement était le travail du schéma de marche et le renforcement du membre inférieur gauche. Sur le plan neurologique, un examen ENMG avait mis en évidence une neuropathie du nerf sciatique

proximal post-traumatique avec une atteinte axonale modérée à sévère dans le territoire des deux branches terminales de ce nerf, du nerf péronier commun et tibial. Cliniquement, en fin de séjour, la force motrice distale s'était améliorée, mais l'évolution de la sensibilité était difficilement appréciable. Selon le patient, il n'y avait pas d'amélioration significative à cet égard. Les traitements d'ergothérapie et d'antalgie se poursuivraient à la sortie et seraient adaptés en fonction de l'évolution de la symptomatologie douloureuse. A la sortie, les Dres E. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ ont fait état des limitations fonctionnelles provisoires suivantes : marche avec deux cannes en charge progressive selon la douleur, limitation de l'endurance en terrain instable et accidenté, port de charges. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'était proposée.

Dans un rapport du 13 octobre 2016, relatif à une consultation réalisée le 11 octobre, le Dr T. \_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution lentement favorable chez l'assuré qui souffrait alors essentiellement des séquelles de sa lésion du sciatique poplité externe. Les amplitudes articulaires allaient bien et le bilan radiologique montrait une bonne reconstruction du cotyle sans déplacement secondaire.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne lombaire réalisée le 31 octobre 2016 a mis en évidence des altérations du signal de la tête fémorale gauche, compatible avec une ostéonécrose. Elle a permis d'exclure une hernie discale et une contrainte sur la racine L5 gauche.

Dans un rapport du 14 novembre 2016, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a indiqué que le problème le plus préoccupant à ce jour chez son patient était l'articulation coxo-fémorale gauche, avec un pronostic péjoratif à moyen terme. Bien que l'ostéosynthèse du cotyle évoluait favorablement, l'assuré avait été victime d'une luxation de la tête fémorale. Les signes radiologiques qu'il présentait faisaient penser au Dr G. \_\_\_\_\_ que l'évolution s'orientait vers une ostéonécrose aseptique de

la tête fémorale gauche, à mettre en lien direct avec l'accident. Cela expliquait probablement les douleurs et la gêne à la marche.

Le 15 novembre 2016, l'assuré a consulté le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour un examen neurologique et un ENMG. Dans un rapport du 16 novembre 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté que, sur le plan clinique, l'atteinte neurologique paraissait relativement stagnante, sans nette amélioration mais sans aggravation. Il a noté une légère amélioration au niveau de l'extension du pied, soit du tibial antérieur gauche qui paraissait toutefois encore passablement atrophique. L'atteinte la plus sévère sur plan moteur concernait la flexion plantaire des orteils et du tibial postérieur gauche. Sur le plan neurographique, il y avait une amélioration au niveau du nerf péronier gauche dont la perte axonale paraissait moins marquée. En revanche, pour ce qui était du nerf tibial gauche, la situation restait identique. Il s'agissait donc d'une atteinte de type axonotmèse modérée, touchant les deux fibres terminales du tronc sciatique certainement d'origine post-traumatique. Le pronostic pour le nerf péronier profond paraissait a priori favorable. S'agissant du nerf tibial, le pronostic était ouvert surtout pour les branches distales motrices, notamment le tibial postérieur et la flexion plantaire des orteils. La neurorééducation devait se poursuivre de manière intensive.

Dans un rapport du 25 novembre 2016, relatif à une consultation du 22 novembre, le Dr T.\_\_\_\_\_ a constaté que l'examen clinique avait montré un patient en état général conservé, marchant en déroulant le pas avec deux cannes. Les amplitudes articulaires au niveau de la hanche révélaient une diminution de la rotation interne et externe. Les mouvements de rotation surtout en rotation externe étaient ressentis comme douloureux. Le bilan radiologique du cotyle était satisfaisant avec une consolidation acquise et une bonne congruence articulaire.

Une IRM du genou gauche réalisée le 1<sup>er</sup> décembre 2016 a mis en évidence une dysplasie rotulienne et une image évocatrice d'une lésion du retinaculum patellaire médial avec discret œdème des parties molles en regard, pouvant refléter un status après luxation/subluxation

rotulienne, un discret épaissement et un œdème proximal du tendon rotulien, mais pas d'autres anomalies.

Dans un rapport intermédiaire du 2 décembre 2016, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que, lors du dernier contrôle du 22 novembre, il avait constaté une évolution lentement favorable chez l'assuré qui avait encore des troubles neurologiques au niveau du membre inférieur gauche. Ces douleurs l'empêchaient de marcher davantage et de laisser ses cannes, malgré une évolution radiologiquement favorable au niveau du cotyle. Le patient risquait de développer une coxarthrose post-traumatique et de ne pas complètement récupérer de ses lésions neurologiques.

Dans un rapport du 23 janvier 2017, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une tentative de reprise du travail dans une activité adaptée était possible à 50 % dès le lendemain, puis à plein temps dès le mois de février. Le bilan radiologique de la hanche était en effet satisfaisant, sans pincement ni signe de déplacement secondaire. Pour le Dr T.\_\_\_\_\_, il était nécessaire que l'assuré soit évalué par un médecin d'arrondissement s'agissant de sa capacité résiduelle de travail

Lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA ayant fait l'objet d'une note du 31 janvier 2017, l'assuré a indiqué avoir été licencié pour le 30 avril 2017.

Dans l'intervalle, il a adressé le 27 février 2017 une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office d'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un rapport du 24 mars 2017, le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté une amélioration chez l'assuré, tant sur le plan des douleurs que de la force, particulièrement au niveau de l'extension du pied. Il persistait encore une quasi plégie au niveau des fléchisseurs des orteils et du tibial postérieur gauche, avec une dénervation encore assez marquée. Il n'y avait en revanche pas de trouble significatif au niveau des muscles du mollet. Lors de la marche, le déroulement du pied était bon, avec peut-

être une tendance à l'éversion du pied gauche, certainement en relation avec l'atteinte au niveau du muscle tibial postérieur gauche. Neuf mois après l'accident, la situation s'améliorait. Selon le Dr V.\_\_\_\_\_, on pouvait néanmoins s'attendre à des séquelles motrices, en tout cas au niveau de certains muscles du nerf tibial gauche, notamment le tibial postérieur et les fléchisseurs des orteils. Des douleurs neurogènes résiduelles ne pouvaient être exclues. Depuis le dernier contrôle du mois de novembre 2016, le patient avait progressé ; il avait abandonné les deux béquilles depuis trois semaines et continuait de manière très rigoureuse sa prise en charge physiothérapeutique. Les douleurs s'étaient atténuées mais étaient encore présentes.

Un scanner de la hanche réalisé le 20 avril 2017 a révélé que le matériel d'ostéosynthèse était en place et semblait bien toléré, la réduction paraissait anatomique, sans autre séquelle identifiable. Il a permis d'exclure toute anomalie morphologique des têtes fémorales, en particulier à gauche, et toute autre anomalie pelvienne.

Dans un rapport du 18 mai 2017 au Dr G.\_\_\_\_\_, relatif à des consultations des 20 avril et 8 mai 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que, dans l'ensemble et compte tenu du traumatisme initial, l'évolution de la hanche gauche et du membre inférieur gauche en général était satisfaisante. Des radiographies de la hanche révélaient que la réduction fracturaire paraissait optimale, que la consolidation était acquise et que le matériel d'ostéosynthèse était intègre. Un modeste pincement de l'interligne articulaire en zone postéro-supérieure, éventuellement un début de coxarthrose, pouvait tout au plus être évoqué. Les amplitudes de la hanche étaient correctes. La force musculaire régionale était préservée. Distalement, le déficit neurologique résiduel paraissait très modeste, sur le plan clinique. Le traitement de physiothérapie ne paraissait plus utile, l'assuré pouvant faire de l'auto-rééducation. Sur le plan professionnel, le Dr K.\_\_\_\_\_ a estimé que l'intéressé pouvait retrouver un travail dans le domaine de la vente, métier qui pouvait encore être exercé pendant quelque temps. A moyen terme, il était possible que le pincement

articulaire progresse et exige une reconversion de l'assuré a un poste s'exerçant en position assise ou en alternance assis/debout. Sur le plan orthopédique, le Dr K.\_\_\_\_\_ a proposé de réaliser à nouveau un bilan d'ici six à douze mois.

Dans un rapport du 6 juillet 2017, le Dr V.\_\_\_\_\_ a relevé que, treize mois après l'accident, des séquelles sensitivo-motrices persistaient dans le territoire du tronc sciatique gauche, peut-être légèrement améliorées par rapport à l'évaluation de mars 2017. Il y avait une amélioration essentiellement au niveau de la flexion des orteils. En revanche, l'assuré présentait toujours une plégie complète du tibial postérieur gauche, ainsi qu'une parésie au tibial antérieur gauche, avec des signes neurogènes aigus encore présents. Les troubles sensitifs subsistaient, avec une perte axonale au niveau du nerf musculo-cutané gauche. Les douleurs étaient d'ailleurs toujours présentes. Sur le plan fonctionnel, il a fait état de limitations pour la station debout prolongée, la marche et les changements réguliers de position.

Le 3 octobre 2017, la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin praticienne et médecin d'arrondissement de la CNA, a réalisé l'examen final de l'assuré. Elle a constaté que l'état de santé était stabilisé sur le plan orthopédique. Sur le plan neurologique, une récupération était encore possible jusqu'à environ deux ans après l'accident. L'activité précédente de vendeur n'était plus exigible. La capacité de travail était en revanche entière dans une activité adaptée n'imposant pas de station debout prolongée, de marche prolongée, de montée d'escaliers ou d'échelles, permettant l'alternance régulière des positions assise et debout et s'exerçant essentiellement en position assise. Il s'agissait donc d'une activité sédentaire à semi-sédentaire. Le port de charges de 10 à 15 kg de manière répétée devait être évité. S'agissant d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), la Dre C.\_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré ne présentait pas de séquelles indemnisables sur le plan orthopédique. Concernant l'atteinte du nerf sciatique, il se trouvait encore dans la phase de récupération. La Dre C.\_\_\_\_\_ ne pouvait donc pas se prononcer sur une éventuelle indemnisation future, une récupération pouvait être encore attendue

jusqu'à deux ans après l'événement. Elle proposait que le Dr V. \_\_\_\_\_ réalise une évaluation neurologique, une fois le moment venu.

Le 3 octobre 2017, la CNA a interpellé le Dr V. \_\_\_\_\_ afin de savoir si une amélioration de la situation médicale sur le plan purement neurologique pouvait être attendue avec la poursuite du traitement de physiothérapie. Le 12 octobre 2017, il a indiqué qu'il était fort peu probable d'obtenir encore une amélioration significative sur le plan purement neurologique concernant le déficit. Toutefois, l'assuré présentait encore passablement de douleurs probablement mécaniques extra-neurologiques qui pourraient limiter une mobilisation active plus intense au niveau du membre inférieur gauche et compromettre la récupération fonctionnelle. Il lui paraissait justifié de diminuer la fréquence de la prise en charge physiothérapeutique à une fois toutes les deux semaines, pendant six mois au-delà de sa dernière consultation du mois de juillet 2017.

Par courrier du 18 octobre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle limitait la prise en charge des séances de physiothérapie à une séance toutes les deux semaines, à partir du 23 octobre 2017 et jusqu'à nouvel avis.

Le 18 octobre 2017, D. \_\_\_\_\_ SA a indiqué qu'en 2017, sans l'accident, l'assuré aurait réalisé un salaire de 60'287 fr., 13<sup>ème</sup> salaire inclus, bonus par 2'750 fr. en sus, pour un horaire hebdomadaire de 40 heures.

Dans un rapport du 30 octobre 2017 à l'attention de la CNA, le Dr G. \_\_\_\_\_ a préconisé la poursuite intensive des soins physiothérapeutiques, « dans l'espoir d'obtenir une récupération ad integrum, sachant que compte tenu de la vitesse de repousse neuronale et de la taille du patient, il fallait compter environ 2 ans avant d'affirmer la stabilisation des lésions ».

Le 27 novembre 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de rente. L'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était exigible à 100 %. En application de la méthode de comparaison des revenus, l'assuré ne subissait aucun préjudice économique. Le revenu sans invalidité s'élevait à 63'478.26 tandis que le revenu avec invalidité s'élevait à 67'656.27 à 100 %, soit 64'273 fr. 45 après un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, selon les données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services (projet de refus de rente du 27 novembre 2017 de l'OAI et courrier du 29 janvier 2018 adressé par l'OAI au conseil de l'assuré).

Dans un avis du 28 novembre 2017, la Dre C. \_\_\_\_\_ s'est ralliée à l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_, estimant qu'une séance de physiothérapie toutes les deux semaines était suffisante pour maintenir la mobilisation du membre inférieur gauche et ne pas compromettre la mobilisation active.

Par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2017, tout en continuant à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires ainsi qu'une séance de physiothérapie toutes les deux semaines jusqu'à deux ans après l'accident. Se fondant sur l'examen médical du 3 octobre 2017, elle a retenu que la poursuite du traitement ne saurait apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident. Elle allait examiner si d'autres prestations d'assurance pourraient être allouées. Elle a encore informé l'assuré qu'il bénéficiait d'un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle qui serait évalué deux ans après l'accident.

Le 7 février 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui accordait une aide au placement sous la forme de conseil et de soutien pour la recherche d'un emploi.

Le 14 février 2018, la CNA a listé 267 descriptions de postes dans des entreprises vaudoises et genevoises, tirées de sa base de données relative à des descriptions de postes de travail auprès de différentes entreprises suisses (DPT). Elle en a retenu cinq, pour des postes de collaborateur de production, de téléphoniste et de rectifieur. La moyenne des salaires de ces cinq postes correspondait à un revenu annuel moyen de 60'415 fr., à un revenu annuel minimal de 56'854 fr. et à un revenu annuel maximal de 63'976 francs.

**b)** Par décision du 15 février 2018, la CNA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'il ne présentait pas de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. L'assuré pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui lui permettrait de réaliser un revenu de 60'415 fr., part au 13<sup>ème</sup> salaire incluse. Comparé au gain de 63'037 fr. qu'il réaliserait sans l'accident, il en résultait une perte de 4,15 %. La CNA a ajouté qu'elle n'octroyait pas d'indemnité pour atteinte à l'intégrité en l'absence d'atteinte importante sur le plan orthopédique. La question de l'atteinte à l'intégrité au plan neurologique ferait l'objet d'une décision ultérieure spécifique, dès que possible.

Le 19 mars 2018, l'assuré, désormais représenté par son conseil, s'est opposé à la décision qui précède. Il a notamment allégué que son état de santé n'était pas stabilisé sur le plan neurologique, de sorte qu'il était prématuré de mettre fin au versement des indemnités journalières. Tant qu'elles seraient versées, il avait également droit au traitement médical approprié, soit au remboursement de ses factures de médicaments et à une séance de physiothérapie par semaine. Il a également contesté le montant des indemnités journalières, estimant que son gain assuré s'élevait à 67'883 fr. 50 et non à 63'037 fr. comme retenu par la CNA. Il a ajouté que la décision litigieuse se fondait à tort sur un revenu sans invalidité de 63'037 fr., alors que son revenu annuel en 2016 était plus élevé. Il s'est référé à cet égard à son gain assuré. S'agissant de l'IPAI, l'assuré a indiqué souffrir de séquelles orthopédiques donnant droit à une indemnité. Il a encore requis qu'une rente transitoire lui soit

accordée. A l'appui de son opposition, l'intéressé a produit deux certificats de la Dre Z.\_\_\_\_\_, médecin praticienne, des 24 janvier et 2 mars 2018, dans lesquels elle certifiait notamment que son patient nécessitait un traitement antalgique.

Dans un avis du 26 mars 2018, la Dre C.\_\_\_\_\_ a préconisé d'admettre la demande de l'assuré de participation aux frais pour un abonnement de fitness, considérant qu'il remplacerait la physiothérapie dès le mois d'avril 2018. Cela permettrait d'éviter une aggravation aiguë de l'état de santé. Par courrier du 27 mars 2018, la CNA a informé l'intéressé qu'elle acceptait de participer, à bien plaisir, pour un abonnement de fitness d'une année à hauteur d'un montant maximum de 300 francs.

**c)** Dans l'intervalle, l'OAI a rendu une décision le 4 mai 2018 de refus de rente d'invalidité, confirmant le projet de décision du 27 novembre 2017.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a procédé à un contrôle neurologique et électroneuromyographique du membre inférieur gauche de l'assuré. Dans un rapport du 28 juin 2018, il a relevé que la situation restait relativement stable tant sur le plan clinique que sur le plan EMG, si ce n'était que le tibial postérieur gauche ne semblait pas clairement parétique cette fois-ci.

Sur la base de cette appréciation et de celle de la Dre C.\_\_\_\_\_, la CNA a accordé à l'assuré une IPAI de 29'640 fr., correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 20 % pour des séquelles neurologiques, par décision du 10 juillet 2018. L'assuré s'y est opposé le 8 août 2018. Le 1<sup>er</sup> octobre 2018, il a allégué souffrir de séquelles importantes au niveau orthopédique, se référant aux résultats d'une IRM des hanches réalisée le 19 septembre 2018. Cette IRM révélait des séquelles d'ostéonécrose de la tête fémorale gauche avec discrète synovite coxo-fémorale sans épanchement significatif ni déformation des contours céphaliques. Par décision du 29 octobre 2018, la CNA a annulé sa précédente décision du 10 juillet 2018 relative à l'IPAI et accordé à

l'assuré une IPAI correspondant au taux global de 35 %. L'assuré s'y est opposé par acte du 29 novembre 2018.

**d)** Entre temps, par décision sur opposition du 14 novembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré à sa décision du 15 février 2018. Elle a considéré qu'elle était fondée à mettre fin à la prise en charge du traitement et aux indemnités journalières au 31 décembre 2017. Elle a préalablement indiqué que le gain annuel assuré servant de base au calcul des indemnités journalières n'était pas l'objet de la décision litigieuse. Il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur les conclusions de l'assuré à cet égard ni sur la question de l'IPAI qui avait fait l'objet d'une décision séparée. Il n'était en outre pas nécessaire d'attendre la fin des mesures de réadaptation de l'OAI, étant précisé qu'aucune mesure de ce type n'était en cours. S'agissant du droit à la rente, la CNA a relevé que les limitations fonctionnelles retenues par les Drs C. \_\_\_\_\_ (appréciation du 3 octobre 2017), K. \_\_\_\_\_ (rapport du 18 mai 2017) et V. \_\_\_\_\_ (rapport du 7 juillet 2017) étaient superposables. Elle a indiqué que le revenu sans invalidité de 63'037 fr. avait été fixé grâce aux indications transmises par l'ancien employeur de l'assuré. Ce montant était correctement documenté et différait du gain annuel assuré servant de base au calcul de l'indemnité journalière. Le revenu avec invalidité de 60'415 fr. avait été déterminé sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). La comparaison de ces revenus laissait apparaître une incapacité de gain de 4,15 %, soit un taux inférieur au seuil légal de 10 % ouvrant un droit à une rente d'invalidité. Concernant la demande de prise en charge d'un traitement médical au-delà du 31 décembre 2017, la CNA a constaté que l'assuré ne remplissait pas les conditions légales, à savoir que la clôture des prestations provisoires était intervenue parce qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une sensible amélioration et que l'assuré n'avait pas droit à une rente.

Le 20 novembre 2018, D. \_\_\_\_\_ SA a adressé à la CNA les fiches de salaire de l'assuré pour la période de juin 2015 à mai 2016.

**B.** Par acte du 17 décembre 2018, l'assuré, toujours représenté par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 14 novembre 2018. Il a conclu, principalement et en substance, à sa réforme en ce sens qu'il ait droit au versement d'indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2017 jusqu'à la stabilisation de son état de santé, mais à tout le moins jusqu'au 31 juin 2018, qu'il soit reconnu invalide à 16 % au minimum, qu'une rente d'invalidité transitoire et définitive lui soit versée et qu'un traitement médical approprié soit pris en charge au-delà du 31 décembre 2017, à savoir une séance de physiothérapie hebdomadaire et le remboursement intégral de ses frais de médicaments. Subsidiairement, il a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'il soit reconnu invalide à 16 % au minimum, qu'une rente transitoire lui soit versée du 1<sup>er</sup> janvier 2018 jusqu'au terme des mesures de réadaptation de l'OAI, le 31 août 2018, puis qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée et qu'un traitement médical approprié soit pris en charge. Plus subsidiairement encore, il a conclu à l'octroi d'une rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 et à la prise en charge d'un traitement approprié. Il a enfin conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. L'assuré a requis l'interpellation de D. \_\_\_\_\_ SA au sujet des heures supplémentaires moyennes effectuées ainsi que des Drs V. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ s'agissant de la stabilisation de l'état de santé sur le plan neurologique. Il a également requis que l'assistance judiciaire lui soit octroyée et que son conseil soit nommé d'office.

A l'appui de son recours, l'assuré a notamment allégué qu'il avait finalement obtenu une aide au placement de la part de l'OAI en août 2018, de sorte qu'une rente transitoire devait lui être accordée. Concernant la rente d'invalidité, il a contesté le revenu sans invalidité retenu par la CNA en se fondant sur des renseignements transmis par D. \_\_\_\_\_ SA à son conseil par courrier du 28 novembre 2018. Il a allégué un revenu sans invalidité de l'ordre de 70'000 francs. Il a également contesté le revenu avec invalidité calculé sur la base des DPT. C'était au contraire sa situation effective qu'il y avait lieu de prendre en considération, dès lors qu'il était engagé à plein temps dès le 1<sup>er</sup> février

2018 [recte : 2019] par I.\_\_\_\_\_ Sàrl, une société active dans le domaine du courtage en assurance, auprès de qui il avait réalisé deux stages du 10 au 21 septembre 2018 et du 16 au 23 novembre 2018. Selon son employeur actuel, le revenu annuel d'un conseiller junior en assurance s'élevait à 55'000 francs. Après comparaison de ces revenus, c'est un taux d'invalidité d'au minimum 16,80 % qu'il fallait retenir.

Par réponse du 21 janvier 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a notamment constaté que l'assuré n'avait pas débuté son activité de courtage au moment de la décision litigieuse, pas plus qu'à ce jour. Il ne s'agissait donc pas d'une activité reposant sur des rapports de travail particulièrement stables. La CNA était ainsi fondée à établir le revenu d'invalidé sur la base des données salariées résultant des DPT. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée a procédé à un nouveau calcul, se fondant sur les informations transmises par D.\_\_\_\_\_ SA. Le revenu sans invalidité s'élevait désormais à 64'156 fr 95. Comparé au revenu d'invalidé issu des DPT, il en ressortait un taux d'invalidité de 5,83 %, arrondi à 6 %, ce qui était toujours insuffisant pour ouvrir un droit à une rente.

Répliquant le 23 janvier 2019, l'assuré a confirmé ses conclusions.

Par courrier du 30 avril 2019, l'assuré a personnellement précisé qu'il travaillait toujours auprès de la société I.\_\_\_\_\_ Sàrl.

Par courrier du 2 avril 2020, le juge instructeur de la Cour de céans a informé les parties que les compléments d'instruction requis étaient rejetés, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, dans la mesure où ils n'avaient pas déjà été ordonnés.

Le 19 juin 2020, Me Loroch a produit la liste de ses opérations.

Par courrier du 22 juin 2019, le juge instructeur a requis du recourant qu'il produise le formulaire ad hoc de demande d'assistance

judiciaire. Le 20 août 2020, l'assuré a retiré sa demande d'assistance judiciaire.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** Le litige porte sur le droit aux indemnités journalières et à la prise en charge d'une séance de physiothérapie par semaine ainsi qu'à la prise en charge d'antalgiques, pour la période postérieure au 31

décembre 2017. Il porte également sur le droit à une rente dès la fin du droit aux indemnités journalières. On précisera que la CNA a admis de prendre en charge une séance de physiothérapie toutes les deux semaines jusqu'à deux ans après l'accident, il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur ce point.

**c)** Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA).

L'assurance-accidents ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré ou une maladie professionnelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2).

**b)** 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 (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. 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 (cf. art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (cf. 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (cf. art. 19 al. 1 LAA).

**c)** L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical ainsi qu'aux indemnités journalières et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Pour qu'il soit possible de statuer sur la rente, il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (cf. TF 8C\_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 consid. 3.1 avec références citées ; TF 8C\_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2).

**d)** L'art. 19 al. 3 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit à la rente lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Selon son al. 1, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité sans attendre ce résultat. C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où la décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (arrêt TF U 331/04 du 31 octobre 2005 consid. 2.2 et ATF 139 V 514 consid. 2.3). Cette rente allouée à titre transitoire et jusqu'au moment où, à l'issue des mesures de réadaptation, il sera possible de fixer de façon certaine le degré d'invalidité de l'assuré, ne doit pas être confondue avec la rente allouée à titre temporaire, sur la base d'une appréciation anticipée de l'invalidité en fonction de l'accoutumance prévisible de l'assuré aux séquelles de l'accident (ATF 116 V 246 consid. 2b).

**4. a)** Aux termes 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

**c)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). 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 (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

**d)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**e)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la

personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

On se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 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 ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**6.** On admettra, en l'espèce, qu'il n'y avait effectivement plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé, postérieurement au 31 décembre 2017.

Sur le plan orthopédique, le recourant ne conteste pas que son état de santé était stabilisé.

Sur le plan neurologique, il ressort des rapports du Dr V.\_\_\_\_\_ que la situation a progressé, certes lentement, jusqu'en juin 2017, mais qu'elle s'est ensuite stabilisée (rapport du 6 juillet 2017). En octobre 2017, une nouvelle amélioration ne pouvait être totalement exclue, mais n'était plus vraisemblable au degré de la vraisemblance prépondérante ; elle n'aurait au demeurant pas permis d'améliorer notablement la capacité de travail de l'assuré ni dans sa profession - qui n'était plus adaptée au vu des séquelles tant orthopédiques que neurologiques - ni dans une activité adaptée (rapport du 12 octobre 2017).

Pour ces deux motifs, l'intimée était en droit de constater que l'état de santé était stabilisé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et de mettre fin aux indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge du traitement médical. Les rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ ne permettent pas de constater le contraire. N'émanant pas d'un spécialiste en neurologie, ces rapports ne sont au demeurant pas objectivés médicalement. Le traitement antalgique prescrit par la Dre Z.\_\_\_\_\_ a pour unique but de soulager la douleur, ce qui ne suffit pas à admettre qu'il permet une amélioration notable de l'état de santé.

Dans ce contexte, on peut se demander si la CNA n'aurait pas dû statuer, à l'époque, sur l'IPAI. La question n'est toutefois pas déterminante en l'occurrence. On se limitera donc à remarquer que la Dre C.\_\_\_\_\_ n'attendait pas de l'hypothétique amélioration sur le plan neurologique, dans un délai de deux ans après l'accident, une amélioration notable de la capacité de travail. Il en va de même pour le Dr V.\_\_\_\_\_, quand bien même il n'excluait pas totalement une amélioration fonctionnelle qu'il souhaitait éviter de compromettre par une physiothérapie trop intensive. Une instruction complémentaire sur la question de la stabilisation de l'état de santé n'apparaît pas nécessaire, au vu de ce qui précède.

La CNA était légitimée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé, de mettre fin aux prestations en cours au 31 décembre 2017 et d'examiner son droit à une rente.

**7. a)** S'agissant du droit à la rente, le recourant conteste le revenu sans invalidité retenu par l'intimée et soutient qu'il aurait pu réaliser un revenu de 70'000 fr. en 2017. Il se réfère à un courrier du 28 novembre 2018 de son précédent employeur à son mandataire. Il appert que ce courrier documente de manière plus détaillée le revenu que l'assuré aurait réalisé en 2017 s'il n'avait pas été incapable de travailler que le formulaire sur lequel la CNA s'est fondée. Il y a donc lieu de s'y référer.

Selon les renseignements transmis par D.\_\_\_\_\_ SA, le salaire de base annuel de l'assuré se serait élevé à 60'729 fr. en 2017, compte tenu d'une augmentation de 0,7 % qu'il aurait obtenue au mois d'avril. Une part variable fondée sur des objectifs d'équipe, située entre 2'750 fr. et 5'500 fr. au maximum, se serait ajoutée au salaire de base. L'ex-employeur a précisé à ce sujet que si l'intéressé avait travaillé toute l'année en 2017, il aurait obtenu une part variable de 4'565 fr. au plus, pour un taux d'atteinte des objectifs de 165 % par tous les collaborateurs du shop, ce qui était exceptionnel. S'agissant des primes, le recourant

avait perçu en moyenne annuelle un montant de 789 fr. depuis son engagement. Il en résulte un revenu sans invalidité de 66'083 francs.

Rien n'indique que le recourant aurait perçu une indemnisation pour des heures supplémentaires, comme il l'invoque dans son recours, dans la mesure où le précédent employeur a expressément précisé, dans son courrier du 28 novembre 2018, que les collaborateurs des shops avaient des horaires planifiés et ne faisaient en principe pas d'heures supplémentaires. Le recourant se limite à alléguer qu'il en aurait effectuées et estime la rémunération à 3'900 fr. sur une année, au motif qu'il serait « courant qu'un employé, en particulier ceux travaillant dans un [...] shop, doive effectuer des heures supplémentaires, ne serait-ce que pour terminer une vente avec un client en fin de service ». Le recourant ne produit aucune attestation de salaire émise par le passé par son employeur qui permettrait d'étayer ses allégations. Celles-ci sont au demeurant expressément contredites par le courrier du 28 novembre 2018 de D. \_\_\_\_\_ SA qu'aucun indice au dossier ne permet d'infirmier. Les fiches de salaire relatives aux mois de juin 2015 à mai 2016, figurant au dossier, confirment les propos de l'employeur. Dans ces conditions, on ne peut tenir pour établi que la rémunération annuelle du recourant aurait été supérieure à 66'083 fr. au moment déterminant pour l'évaluation du droit à la rente, sans qu'il soit utile de compléter l'instruction sur ce point, en particulier par une nouvelle interpellation de l'ancien employeur. Le revenu sans invalidité s'élève donc à 66'083 fr. au plus.

**b)** En ce qui concerne le revenu avec invalidité, le recourant ne soulève pas de grief particulier sur le calcul effectué par l'intimée, mais conteste l'utilisation des DPT. Il soutient que, dans la mesure où il a retrouvé une nouvelle activité professionnelle, il faut se référer au revenu qu'il peut réaliser dans cette nouvelle activité, soit 55'000 fr. annuellement.

On ne peut toutefois suivre le recourant sur ce point. Ce revenu est en effet notablement inférieur à celui qu'il pourrait réaliser si l'on se réfère aux descriptions de postes de travail utilisées par la CNA,

mais également si l'on se rapporte à l'ESS sur laquelle s'est fondé l'OAI pour fixer le revenu d'invalidé dans sa décision du 4 mai 2018. Dans son actuelle activité, l'assuré n'épuise donc pas sa capacité résiduelle de gain. En outre, et indépendamment de ce qui précède, il n'avait pas encore retrouvé d'activité lucrative au moment où la CNA a statué, mais seulement réalisé deux stages. Le contrat a été signé le 26 novembre 2018, de sorte que l'intimée ne pouvait pas se référer à cette nouvelle activité, celle-ci ne constituant alors pas un rapport de travail stable.

Pour le surplus, il convient de constater que lors du choix des DPT, la CNA a respecté les conditions imposées par la jurisprudence en la matière et a pris en compte les limitations fonctionnelles de l'assuré. Le revenu d'invalidé de 60'415 fr. retenu par l'intimée peut être confirmé.

Enfin, le choix des DPT, dans l'optique d'une éventuelle rente transitoire au sens de l'art. 30 OLAA, ne prête pas non plus le flanc à la critique. En effet, les postes retenus ne nécessitent aucune qualification ou formation particulière, les rendant ainsi raisonnablement exigibles sans attendre d'éventuelles mesures de réadaptation octroyées par l'assurance-invalidité.

**c)** Au vu de ce qui précède, le taux d'invalidité présenté par le recourant est de 8,58 % ( $[(66'083 - 60'415) \times 100 : 66'083]$ ) et le droit à une rente d'invalidité – définitive ou transitoire – n'est pas ouvert, dès lors que le taux est inférieur au seuil légal de 10 %.

**d)** En l'absence de rente, le recourant n'a pas non plus droit au traitement médical après la fixation de la rente (art. 21 LAA).

**8. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 14 novembre 2018 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.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Mireille Loroch (pour P.\_\_\_\_\_).
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :