

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 septembre 2022

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à **P.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Elisabeth Chappuis,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 16 et 43 al. 1 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al.  
1 LAA ; 36 al. 3 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1988, travaillait depuis le 17 janvier 2018 en tant que maçon pour le compte de la société L.\_\_\_\_\_ Sàrl à P.\_\_\_\_\_. 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 27 novembre 2018, K.\_\_\_\_\_ a été victime d'un accident à B.\_\_\_\_\_ lors duquel il s'est blessé au dos et à la tête. Selon les constatations de la police cantonale valaisanne, l'intéressé travaillait seul sur le coffrage du plancher d'une dalle lorsqu'il est tombé d'une hauteur de 2 mètres 65. Admis le même jour aux services des urgences de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_ en raison d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance, il a fait l'objet, le surlendemain, d'une intervention chirurgicale aux vertèbres D8 et D12.

Dans un courrier du 24 février 2019, l'assuré a indiqué à la CNA que sa chute était due au fait que des éléments de coffrage n'avaient pas été fixés correctement par ses collègues en charge de cette tâche. Ensuite de cette lettre, la CNA s'est procuré le dossier (rapport d'investigations policières du 31 janvier 2019, clichés photographiques, procès-verbal d'audition de l'assuré du 30 janvier 2019) constitué par la police cantonale valaisanne à l'attention du Ministère public du canton du Valais, lequel a mis un terme à la procédure en rendant, le 26 février 2019, une ordonnance de non-entrée en matière. Le 27 avril 2019, l'assuré a déposé plainte contre l'un de ses collègues pour lésions corporelles, mise en danger de la vie ou de la santé d'autrui et omission de prêter secours.

Suivant la proposition du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, l'assuré a séjourné du 17 avril au 29 mai 2019 à la Clinique G.\_\_\_\_\_ en vue d'une rééducation intensive. Dans leur rapport du 25 juin 2019, les Drs N.\_\_\_\_\_ et

X.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant, ont exclu tout diagnostic psychiatrique alors que, sur le plan somatique, ils ont retenu le diagnostic orthopédique de dysfonction cervicale haute à gauche avec douleurs référées dans l'hémicrâne gauche et celui, neurologique, de traumatisme crânio-cérébral léger à modéré. Si l'augmentation du traitement antalgique avait déjà permis une légère amélioration des rachialgies, la poursuite de la physiothérapie devait permettre un soulagement de la douleur et une augmentation des capacités fonctionnelles sans qu'une nouvelle intervention chirurgicale ne soit envisagée à ce stade. Pour autant, la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

Ensuite de consultations de l'appareil locomoteur des 9 juillet, 10 septembre et 22 octobre 2019, la Dre N.\_\_\_\_\_ a constaté une amélioration de la situation, notamment au plan des mesures effectuées, même si le rythme de progression s'était légèrement ralenti au fil du temps. Les aptitudes fonctionnelles s'étaient également améliorées mais le potentiel semblait encore insuffisant pour envisager un retour au travail. Aussi a-t-elle recommandé un nouveau séjour à la Clinique G.\_\_\_\_\_ afin d'intensifier les thérapies sur le plan physique, poursuivre le traitement psychologique et réaliser un bilan neuro-psychologique (rapport du 22 octobre 2019).

Au terme du second séjour de l'assuré à la Clinique G.\_\_\_\_\_ du 15 janvier au 18 février 2020, les médecins ont retenu que la situation n'était toujours pas stabilisée du point de vue médical. Si l'aspect ostéoarticulaire était désormais à quasi-stabilisation, il n'en allait pas de même sur le plan psychologique où une évolution était attendue. Aussi l'assuré allait-il bénéficier d'un suivi psychologique ambulatoire, tout en poursuivant un traitement physiothérapeutique en vue d'améliorer les fonctions musculaires du rachis et de contribuer à un renforcement musculaire global. Une stabilisation était attendue dans un délai de trois mois, au terme duquel une réévaluation devrait être effectuée (rapport du 28 février 2020).

Compte tenu de la difficulté d'apprécier les séquelles du traumatisme crânio-cérébral mises en évidence lors de l'examen neuropsychologique effectué à la Clinique G.\_\_\_\_\_ le 24 janvier 2020, l'assuré a été examiné par le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique au service de réadaptation en neurologie de la Clinique G.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 11 mai 2020, il a conclu à un examen neurologique « strictement normal », ne retrouvant pas d'atteinte des paires crâniennes, sans syndrome pyramidal, extrapyramidal ou syndrome cérébelleux. Il n'y avait pas non plus d'argument anamnestique ni clinique en faveur d'une atteinte médullaire. Au vu des plaintes formulées par l'assuré (ronflements nocturnes fréquents), il a demandé la réalisation d'un bilan respiratoire. Dans l'hypothèse où aucune problématique de ce type ne devait être mise en évidence, il ne voyait pas la nécessité d'une réévaluation neuropsychologique avant une amélioration, respectivement une stabilisation de l'aspect psychologique ainsi que des douleurs cervicales et dorsales.

Dans un rapport du 25 août 2020, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, a posé les diagnostics de ronchopathie et instabilité du sommeil multifactorielle et de status post toux chronique sur reflux gastro-oesophagien. La polygraphie respiratoire avec actimétrie permettait d'écarter un syndrome d'apnées du sommeil ou encore des mouvements à l'origine des micro-réveils, lesquels étaient toutefois assez fréquents. Ayant décidé de surseoir le suivi pneumologique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a prescrit un traitement médicamenteux.

Le 18 janvier 2021, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen psychiatrique de l'assuré. Dans son rapport du 10 février 2021, il a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction de type post-traumatique et de trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques. Il a estimé que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 27 novembre 2018 et les troubles psychiques retenus était probable, ajoutant que sans cet

événement, les troubles psychiques ne se seraient très probablement pas manifestés chez un assuré qui ne présentait pas d'antécédents psychiatriques. Dans la mesure où le cas n'était pas stabilisé du point de vue somatique, il a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail.

Invité à se déterminer sur la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et membre du centre de compétences (médecine des assurances) de la CNA, a conclu son rapport du 25 février 2021 en ces termes :

« En tenant compte des éléments contemporains à l'accident, de l'évolution globale, de l'imagerie médicale et des constatations cliniques, l'atteinte cognitive est tout au plus modérée au sens des barèmes de la table 8 selon la LAA. Notamment, on ne retient pas d'incapacité de travail pour l'activité habituelle de maçon. La situation est stabilisée du point de vue neurologique mais pas sur les plans orthopédique et psychiatrique. »

S'exprimant par ailleurs sur l'atteinte à l'intégrité, le Dr E.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait des lésions structurelles objectivables en relation avec l'accident du 27 novembre 2018 sous la forme d'un trouble neuropsychologique modéré fondant un taux d'atteinte à l'intégrité de 20 % selon les barèmes de la table 8 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. A plus de deux ans de l'événement précité, il a jugé qu'une amélioration notable de ce trouble n'était plus attendue.

Le 15 mars 2021, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Il a exposé ce qui suit sous l'intitulé « Appréciation » (rapport daté du même jour) :

« Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai résumés plus haut.

Le patient, qui est venu avec sa femme, se souvient en détails de ce qu'il faisait avant l'accident mais il n'a qu'un souvenir confus de celui-ci. Il se rappelle l'ambulance et son séjour à l'Hôpital D.\_\_\_\_\_ où il n'est resté que 4 jours.

Son épouse intervient pour dire qu'il était complètement dépendant de son aide à la sortie de cet établissement. Elle a dû prendre 2 semaines de congé pour s'occuper de lui. Elle a ensuite fait venir ses beaux-parents du Kosovo pour pouvoir reprendre son activité professionnelle.

Malgré les traitements mis en œuvre et les 30 mois qui se sont passés depuis l'accident, les douleurs restent très importantes et sont de loin la plainte principale du patient. Intéressant la région dorso-lombaire, « là où les vertèbres ont été fracturées », elles sont constantes, également nocturnes, aggravées par la marche, plus encore par les positions statiques prolongées. Seul le décubitus dorsal les soulage quelque peu. Le patient évoque également des douleurs pariétales gauches, mais elles sont manifestement au second plan, ainsi que des cauchemars durant lesquels il a la sensation de tomber. Sa femme dit qu'il sursaute dans son sommeil.

Le patient ne parle pas spontanément de problèmes mnésiques mais reconnaît qu'il a tendance à oublier des choses s'il ne les note pas. Il ne se plaint pas non plus de troubles de la concentration. A la demande, il dit qu'il a le moral en bas en raison de l'accident qui a changé sa vie, revenant sur ses douleurs qui le limitent au quotidien. Il accompagne ses enfants à l'école et les ramène à la maison mais il n'arrive pas à aider sa femme pour le ménage et la cuisine, fait tout au plus les commissions avec elle, sans rien pouvoir porter, ne conduisant la voiture familiale que sur de courts trajets. Il ne fait pas grand-chose de ses journées. Il a pris 10 kg depuis l'accident. Il a quand même amélioré ses connaissances du français, selon son épouse.

Sa femme le dit changé, replié sur lui-même, se sent seule pour faire les choses ...

L'examen clinique, chez un patient de constitution assez gracile mais ayant pris de l'embonpoint, non ralenti, paraissant un peu effacé avec une thymie modérément abaissée, est dominé par un comportement douloureux.

Objectivement, les courbures physiologiques sont un peu effacées mais il n'y a pas de troubles statiques majeurs. La musculature paravertébrale est normalement développée, non douloureuse à la palpation, sans contracture manifeste. La mobilité rachidienne paraît limitée dans tous les plans chez un patient dolent qui interrompt rapidement tous ses mouvements. Les changements de position sont lents et précautionneux. La station assise paraît d'emblée inconfortable. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT [réflexe ostéo-tendineux] sont normo-vifs, symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs.

Les RX de la charnière dorsolombaire du 28 novembre 2018 montrent une fracture-tassement du plateau supérieur de D8, sans recul du mur postérieur, et une fracture de type Burst de D12 avec un aspect cunéiforme et une perte de hauteur asymétrique, plus marquée du côté droit que du côté gauche. Sur les clichés du 30 novembre 2018, après vertébroplastie de D8 et SpineJack® de D12, il y a une bonne récupération de la hauteur de cette vertèbre qui a perdu son aspect cunéiforme. Sur l'IRM du 20 janvier 2020, il n'y a

pas de tassement secondaire des fractures, qui sont consolidées, et il n'y a plus d'œdème osseux.

Il y a donc une importante discordance entre l'ampleur des douleurs avancées et leurs répercussions fonctionnelles et les constatations objectives de l'examen radioclinique qui vont plutôt dans le sens de séquelles relativement modérées.

Il en va de même du point de vue neurologique et neuropsychologique.

Une composante psychogène joue donc un rôle important et la capacité de travail aurait dû faire l'objet d'une évaluation consensuelle pour être réaliste.

Du point de vue thérapeutique, la poursuite de la physiothérapie peut se concevoir dans le cadre d'une prise en charge globale, incluant un suivi psychothérapeutique, mais prise isolément, elle n'est pas susceptible d'améliorer notablement la situation.

S'agissant des troubles mictionnels, on demandera un rapport détaillé au Dr J. \_\_\_\_\_ mais je doute qu'ils aient un substrat organique clair.

Les limitations fonctionnelles sont essentiellement les charges moyennes et les positions statiques prolongées, surtout le tronc en porte-à-faux.

Dans une activité respectant ces limitations, il est clair que la capacité de travail est entière, du strict point de vue orthopédique.

L'estimation de l'atteinte à l'intégrité fait l'objet d'un document séparé.

La disparité des atteintes permet de renoncer à toute pondération. »

En relation avec l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, le Dr C. \_\_\_\_\_ a retenu un status après fracture du plateau supérieur de D8, sans recul du mur postérieur, et une fracture de type Burst de D12 ainsi qu'un status après vertébroplastie de D8 et de D12 avec mise en place d'un SpineJack® à ce niveau. D'après lui, la situation correspondait à des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts, dans le cadre de fractures relativement peu graves, ayant consolidé sans tassement secondaire et n'induisant pas de troubles statiques segmentaires notamment. Fort de ce constat, il a estimé à 10 % l'atteinte à l'intégrité en application des barèmes de la table 7 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA.

Le 22 mars 2021, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, a transmis à la CNA le compte-rendu de la cystoscopie pratiquée par ses soins le 10 mars précédent laquelle s'était révélée normale. Aussi estimait-il que les troubles mictionnels de l'assuré étaient probablement une conséquence neurologique des fractures dorsales. Ayant retenu une hyperactivité vésicale, il a prescrit un traitement médicamenteux.

Sollicité pour détermination, le Dr C.\_\_\_\_\_ a jugé que les troubles mictionnels n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec les fractures de D8 et D12, de sorte qu'il fallait admettre qu'ils étaient d'origine psychogène (avis du 23 mars 2021).

Le 3 juin 2021, la CNA a avisé l'assuré qu'elle mettait un terme au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière en relation avec l'accident du 27 novembre 2018 avec effet au 30 juin 2021, au motif qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable.

Par décision du 7 juin 2021, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité en l'absence d'une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident du 27 novembre 2018. En particulier, elle a retenu l'absence de causalité adéquate entre cet accident et les troubles psychogènes. En revanche, elle lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %.

En date du 6 juillet 2021, l'assuré, représenté par Me Elisabeth Chappuis, avocate, s'est opposé à cette décision. Il a tout d'abord contesté une stabilisation de son état de santé sous l'angle neurologique. A cet égard, il a fait valoir que l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ du 23 mars 2021, selon lequel il n'existait pas de lien de causalité entre l'accident du 27 novembre 2018 et les troubles mictionnels, devait être écarté dans la mesure où il n'était pas motivé ni étayé. De plus, l'introduction d'un traitement médicamenteux laissait entrevoir une amélioration si bien qu'il était prématuré de retenir une stabilisation. Il convenait dès lors de reprendre l'instruction sur ce point. S'agissant des lésions orthopédiques, il ressortait

de l'examen final effectué par le médecin d'arrondissement que la capacité de travail était entière « du strict point de vue orthopédique ». Or cette appréciation ne permettait pas d'exclure une amélioration notable de l'état de santé, ce d'autant que les rapports de consultation orthopédique de la Dre N. \_\_\_\_\_ (cf. notamment rapports des 11 février, 25 mars, 23 avril et 27 mai 2021) laissaient apparaître une augmentation de l'intensité des exercices avec la fixation de nouveaux objectifs. Concernant les troubles psychiques, l'assuré a reproché à la CNA de ne pas avoir examiné la question de leur stabilisation, se contentant d'écarter sans plus ample motivation l'existence d'un lien de causalité adéquate entre lesdits troubles et l'accident du 27 novembre 2018. Toutefois, dans l'hypothèse où la CNA devait retenir que l'état de santé psychique était stabilisé, il convenait d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate à l'aune des critères jurisprudentiels en la matière. S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, l'assuré a fait valoir qu'il était toujours en incapacité totale de travail. Dès lors, la CNA ne pouvait considérer qu'il ne présentait pas une diminution de sa capacité de gain due à l'accident. Aussi contestait-il formellement le gain d'invalidité retenu. Quant au gain de valide, il a expliqué en quoi il estimait qu'il était erroné. Enfin, l'assuré a fait grief à la CNA d'avoir sous-évalué le taux d'atteinte à l'intégrité, lequel devrait s'élever selon lui à 50 %.

Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> septembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a tout d'abord exposé les éléments médicaux l'ayant conduit à retenir que l'état de santé de l'intéressé était stabilisé du point de vue neurologique et orthopédique. Il se justifiait ainsi d'examiner son droit éventuel à une rente d'invalidité. La comparaison entre le revenu sans accident de 68'523 fr. et le revenu exigible issu des statistiques salariales pour une activité adaptée (niveau de compétence 1) de 69'268 fr. excluait toute perte de gain et, partant, le droit à une rente d'invalidité. S'agissant des troubles psychiques, la CNA, après avoir analysé les différents critères jurisprudentiels, a conclu que c'était à bon droit qu'elle avait écarté l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 27 novembre 2018 et les troubles en question. Enfin,

elle a jugé que les arguments avancés par l'assuré ne permettaient pas l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 %.

**B.**           **a)** Par acte du 1<sup>er</sup> octobre 2021, K.\_\_\_\_\_, représenté par Me Elisabeth Chappuis, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> septembre 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à la reprise de l'instruction de la cause conjointement avec la poursuite du versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et la prise en charge des traitements médicaux, subsidiairement à sa réforme dans le sens de l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 74'100 fr., plus subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Dans un premier grief d'ordre formel, l'assuré s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu en faisant grief à la CNA de ne pas avoir donné suite à sa requête d'instruction complémentaire sur le plan médical. Aussi a-t-il demandé que la CNA complète l'instruction sous la forme d'une évaluation consensuelle, psychique et somatique. Sur le fond, reprenant les arguments invoqués en procédure d'opposition, il a contesté la stabilisation de son état de santé tant sous l'angle somatique (neurologique et orthopédique) que psychique. A cet égard, il a répété que si une stabilisation de son état de santé psychique devait être admise, c'était à tort que la CNA avait écarté l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 27 novembre 2018 et les troubles psychogènes, un tel lien devant au contraire être admis sur la base de la jurisprudence applicable. S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, l'assuré a tout d'abord critiqué le calcul du gain de valide. D'après lui, il convenait de se fonder sur la Convention collective de travail - Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse dans sa version en vigueur au jour de l'accident et de tenir compte d'une indemnité pour cinq semaines de vacances et d'une indemnité pour neuf jours fériés, ce qui représentait un montant de 77'733 fr. 35. Ensuite, le

droit à une rente d'invalidité devait être examiné sur la base d'une capacité de travail de 20 % de même qu'un abattement devait être appliqué pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, en particulier sur le plan psychique. Dans un dernier moyen, l'assuré a souligné que ses troubles neurologiques fondaient une atteinte à l'intégrité de 35 % tandis que les affections orthopédiques justifiaient une atteinte de 15 %, soit un taux d'atteinte à l'intégrité de 50 % motivant le versement d'un montant de 74'100 francs. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire comportant un volet somatique et psychique pour le cas où la Cour de céans devait considérer que la situation médicale n'avait pas été suffisamment investiguée.

**b)** Dans sa réponse du 5 novembre 2021, la CNA a conclu au rejet du recours. Tout d'abord, elle a relevé qu'elle n'avait pas violé le droit d'être entendu de l'assuré dès lors que celui-ci n'avait pas été privé de se prononcer ou de fournir des preuves quant aux faits. S'agissant de la stabilisation de l'état de santé somatique, la CNA a rappelé que, sur le plan neurologique, le Dr J. \_\_\_\_\_ n'avait retenu qu'un lien de causalité probable entre les fractures dorsales et les troubles mictionnels, de sorte que l'on ne saurait en inférer que la relation de causalité était établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Sous l'angle orthopédique, elle a souligné que les éléments médicaux au dossier lui avaient permis de reconnaître à l'assuré une pleine capacité de travail dès lors qu'une amélioration notable de son état de santé ne pouvait plus être attendue. S'agissant des troubles psychiques, la CNA a rappelé que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 27 novembre 2018 et lesdits troubles avait été qualifié de probable tandis qu'elle a conclu, après avoir examiné les critères déterminants, à l'absence de lien de causalité adéquate. Du point de vue économique, elle a confirmé les revenus avant et après invalidité fixés respectivement à 68'523 fr. et à 69'268 francs. En l'absence de perte de gain, c'était donc à bon droit qu'elle avait nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, précisant que, dans la mesure où les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident précité, il n'y avait pas lieu d'en tenir compte dans le calcul du revenu d'invalidité. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il

n'existait pas d'éléments justifiant de s'écarter de l'appréciation des Drs E. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_.

**c)** En réplique du 24 janvier 2022, l'assuré s'est tout d'abord déterminé sur les faits allégués par la CNA dans sa réponse. A cet égard, il a plus particulièrement fait observer qu'il n'était pas tombé d'une hauteur de 2 à 3 mètres mais plutôt de 3 mètres 50. Pour le reste, il a répété qu'il contestait la stabilisation de son état de santé ainsi que l'absence de diminution notable de sa capacité de gain en produisant divers rapports médicaux à l'appui de ses allégations. Ainsi, dans un rapport du 2 novembre 2021, le Dr J. \_\_\_\_\_ estimait qu'une origine psychogène des troubles mictionnels présentés était peu probable, si bien qu'il préconisait un examen neurologique afin de lever toute incertitude sur ce point. De son côté, le Dr Q. \_\_\_\_\_ jugeait que les fractures dorsales entraînaient une perte de mobilité antérieure et rotationnelle avec perte de force tandis qu'il notait la persistance de divers troubles psychiques (trouble de l'adaptation corporelle post-traumatique, kinésiophobie). Il en déduisait que les limitations fonctionnelles retenues par la CNA constituaient en réalité le but à atteindre mais ne représentaient nullement l'état actuel, lequel restait limité par les troubles physiques et psychiques dont son patient souffrait. S'agissant de la capacité de travail, il estimait qu'elle était nulle dans l'activité habituelle tout en jugeant possible une reprise progressive du travail de 20 à 100 % dans une activité adaptée (rapport du 9 novembre 2021). L'assuré inférait des constatations médicales du Dr Q. \_\_\_\_\_ que son état de santé n'était pas stabilisé dans la mesure où une amélioration de celui-ci restait envisageable. L'assuré a également transmis un rapport établi le 11 novembre 2021 par Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel il posait les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction au stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité après syndrome algique chronique à l'origine d'une incapacité totale et durable de travailler. C'était dès lors à tort que la CNA avait écarté l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 27 novembre 2018 et les troubles psychiques présentés, en se fondant sur des faits inexacts (hauteur de la chute et circonstances dans lesquelles celle-ci s'était

déroulée). L'assuré s'est enfin prévalu de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité pour solliciter qu'une expertise comportant un volet de médecine interne, orthopédique, neurologique et psychique soit également diligentée dans la présente procédure ; subsidiairement, il a requis la suspension de la présente procédure dans l'attente du dépôt du rapport d'expertise pluridisciplinaire à intervenir dans la procédure devant l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**d)** Dupliquant en date du 8 février 2022, la CNA a tout d'abord relevé que, dans son rapport du 2 novembre 2021, le Dr J.\_\_\_\_\_ retenait que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et qu'aucune diminution de rendement ne devait être retenue dans une telle activité. S'agissant du rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_, elle a relevé qu'il ne démontrait pas que son état de santé n'était pas stabilisé. De plus, son argument selon lequel le taux de l'atteinte à l'intégrité constituait l'objectif à atteindre ne permettait pas de remettre en cause l'appréciation effectuée sur ce point par les médecins de la CNA, d'autant qu'en qualité de médecin traitant, son opinion devait être appréciée avec prudence. S'agissant du lien de causalité adéquate entre l'accident du 27 novembre 2018 et les troubles psychiques, la CNA a souligné qu'elle ne s'était pas uniquement fondée sur la déclaration de l'employeur pour établir les faits déterminants mais qu'elle s'était également référée au rapport de dénonciation de la police, aux rapports de la Dre N.\_\_\_\_\_ ainsi qu'à celui émanant de la Clinique G.\_\_\_\_\_. De plus, il n'était pas possible de se fier aux déclarations de l'assuré, lequel n'était, suite à l'accident, pas apte à tenir des propos relatifs au déroulement de celui-ci (perte de connaissance et amnésie post-traumatique). La CNA a finalement estimé qu'une expertise pluridisciplinaire ne se justifiait pas dans la mesure où les pièces au dossier permettaient de statuer en connaissance de cause, ajoutant que de toute manière l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'avaient pas de force contraignante pour l'assureur-accidents. Se référant pour le surplus à ses précédentes écritures, elle a déclaré en confirmer les conclusions.

**e)** Dans ses déterminations du 3 mars 2022, l'assuré a souligné que le Dr J.\_\_\_\_\_ ne s'était prononcé que sous l'angle des troubles mictionnels, de sorte que son point de vue n'était pas déterminant dès lors qu'il présentait également des pathologies touchant aussi bien la sphère physique que psychique. En cas de doute, une expertise portant sur ces deux volets devait être administrée. Par ailleurs, il n'existait pas de motif objectif permettant d'écarter le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_, ce d'autant qu'il suivait toujours l'évolution de la situation. A cet égard, l'assuré réaffirmait que son état de santé n'était pas stabilisé dès lors que, selon son médecin traitant, une évolution n'était pas exclue. C'était dès lors à tort que la CNA prétendait qu'il ne respecterait pas son devoir de limiter le préjudice subi en considérant que la prise d'antalgiques lui permettrait d'exercer une activité adaptée, à tout le moins simple. Quant à la hauteur de la chute, l'assuré a indiqué qu'il ressortait de diverses pièces au dossier qu'il était tombé d'une hauteur supérieure à 3 mètres. Renvoyant à ses précédentes écritures, il a confirmé ses conclusions.

**f)** Le 11 mars 2022, la CNA a relevé que, contrairement à ce que prétendait l'assuré, elle ne s'était pas uniquement fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement pour rendre la décision litigieuse mais également sur des rapports émanant d'autres médecins, notamment les Drs J.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_. Elle a ensuite répété que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au plan physique, alors que les troubles psychiques n'étaient pas pertinents faute de relation de causalité adéquate avec l'accident du 27 novembre 2018. Dans ce sens, l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ évoquant une amélioration progressive de son état de santé ne lui était d'aucun secours. La CNA a enfin cité diverses pièces dont il ressortait que la chute était survenue d'une hauteur de 2 à 3 mètres.

**g)** Le 7 avril 2022, l'assuré a transmis une copie du contrat de travail conclu avec la société L.\_\_\_\_\_ Sàrl ainsi que les bulletins de salaire afférents à la période d'activité pour le compte de cette entreprise. Il a plus particulièrement relevé qu'il se trouvait au chômage lors de la conclusion de ce contrat et que, bien qu'engagé à 40 %, son taux

d'activité avait fluctué au fil des mois. Il percevait en outre des indemnités journalières de l'assurance-chômage en sus de son salaire.

**h)** S'exprimant par pli du 12 avril 2022, la CNA a fait remarquer que le contrat de travail produit par l'assuré ne lui permettait pas de revoir le gain de valide retenu de 68'523 fr. lequel, comparé à un gain hypothétique d'invalidé de 69'268 fr., excluait tout droit à une rente d'invalidité.

**i)** Le 14 avril 2022, la magistrate instructrice a informé chacune des parties que l'instruction de la cause avait été complétée par l'apport de différentes pièces, soit :

- le dossier de l'assuré auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- la plaquette de promotion de l'immeuble où a eu lieu l'accident du 27 novembre 2018,
- les pièces requises auprès de l'assuré relatives à son contrat auprès de L. \_\_\_\_\_ Sàrl, déjà transmises par son conseil à la CNA (courrier du 7 avril 2022).

**j)** Dans ses déterminations du 13 mai 2022, l'assuré a déclaré qu'il persistait à contester le calcul du gain de valide opéré par la CNA. En particulier, il ne voyait aucun motif de s'écarter de la convention collective de travail applicable, de sorte que les indemnités de vacances et de jours fériés devaient être prises en compte. Le fait qu'il ait été engagé à temps partiel n'y changeait rien. Quant aux autres documents transmis, ils n'appelaient pas de remarques particulières de sa part sauf pour souligner qu'à la date de l'accident, l'immeuble était en construction. Il a renvoyé sur ce point aux photographies prises par la police le 27 novembre 2018 et versées au dossier pénal.

**k)** La CNA n'a pas procédé plus avant.

**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.** Le litige porte sur la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 30 juin 2021 et de la prise en charge du traitement médical dès cette date en l'absence (alléguée par le recourant) de stabilisation de son état de santé, subsidiairement sur le droit à une rente d'invalidité et le taux à la base de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**3.** Dans un grief de nature formelle, qu'il convient de traiter à titre préalable, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, l'intimée n'ayant « pas donné suite à sa requête d'instruction complémentaire sur le plan médical ».

**a) aa)** Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver,

lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**bb)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**b)** En l'occurrence, en tant qu'il porte sur le refus implicite de donner suite aux mesures d'instruction requises, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu se confond avec celui de l'obligation d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), respectivement de constatation manifestement

inexacte ou incomplète des faits pertinents et d'appréciation des preuves entachées d'arbitraire. Il sera donc examiné avec le fond du litige.

En tout état de cause, on relèvera déjà que quoi qu'il en soit, le recourant a bénéficié de la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, à savoir la Cour de céans (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2), tout en exposant exhaustivement ses griefs, ce qui signifie *a priori* que la décision sur opposition litigieuse était suffisamment explicite pour être attaquée en connaissance de cause.

**4. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

**aa)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

**bb)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 et ATF 115 V 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2), ou encore d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109). Dans la troisième hypothèse, la jurisprudence distingue, tout d'abord, la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, l'examen de la causalité adéquate se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a ; 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique (tel que le prévoit notamment l'ATF

129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées), mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité, il faut ensuite classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne et que les symptômes se trouvent toujours au premier plan, la causalité adéquate doit être examinée en appliquant, par analogie, les critères suivants (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a ; 117 V 369 consid. 4b) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10.2).

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept

ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_816/2021 du 2 mai 2022 consid 3.3 et les références citées).

**b)** 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. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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 (art. 19 al. 1 LAA). Il appartient alors à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre (TF 8C\_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence citée). Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C\_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence citée). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2012 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves médicales nécessaires et les apprécie librement 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui

précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6. a)** En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident en date du 27 novembre 2018 lors duquel il a subi des lésions au dos et à la tête ayant notamment nécessité deux séjours à la Clinique G. \_\_\_\_\_ en raison de divers troubles somatiques et psychiques.

**b)** Sont litigieux le refus de l'intimée de poursuivre le versement des indemnités journalières et le remboursement des frais de traitement au-delà du 30 juin 2021 et la décision de passer à l'examen du droit à la rente d'invalidité. Ces questions reviennent à trancher le point de savoir si l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 juin 2021, à savoir s'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration au-delà de cette date. Dans ce cadre, le recourant fait pour l'essentiel valoir que son état n'est pas stabilisé à trois titres : en raison de lésions orthopédiques, du fait d'atteintes neurologiques, de troubles mictionnels et, enfin, de problèmes psychiques.

**aa)** S'agissant des fractures des vertèbres dorsales, il ressort des consultations de l'appareil locomoteur pratiquées par la Dre N. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 15 juillet 2019, 18 septembre 2019, 22 octobre 2019, 23 novembre 2020, 13 janvier 2021, 11 février 2021, 25 mars 2021, 23 avril 2021 et 27 mai 2021) et des rapports de la Clinique G. \_\_\_\_\_ des 25 juin 2019 et 28 février 2020 que la prise en charge consiste en la prescription de physiothérapie, avec réentraînement à l'effort et au port de charges, et d'antalgiques ; aucune nouvelle intervention chirurgicale n'est envisagée. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a au demeurant relevé que la poursuite de la physiothérapie, prise isolément, n'était pas susceptible d'améliorer notablement la situation (cf. rapport du 15 mars 2021). Il convient dès lors de retenir que, au regard de la jurisprudence précitée (cf. considérant 4b ci-dessus), la stabilisation doit être admise.

**bb) aaa)** S'agissant de l'atteinte neurologique en relation avec le traumatisme, il apparaît que le Dr Y.\_\_\_\_\_ a conclu à un examen neurologique « strictement normal » ne retrouvant pas d'atteinte des paires crâniennes, sans syndrome pyramidal, extrapyramidal ou syndrome cérébelleux pas plus qu'il n'existait d'argument anamnestique ou clinique en faveur d'une atteinte médullaire (cf. rapport du 11 mai 2020). De son côté, le Dr E.\_\_\_\_\_ a jugé que le recourant ne présentait pas de séquelles neurologiques en relation avec le traumatisme du rachis (cf. rapport du 25 février 2021).

**bbb)** En ce qui concerne plus particulièrement l'atteinte neuropsychologique, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a recommandé un bilan respiratoire pulmonaire en vue d'éliminer toute composante respiratoire pouvant majorer les aspects de fatigue et interférer avec les troubles neuro-cognitifs et leur évaluation (cf. rapport du 11 mai 2020). Au terme de son examen pneumologique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de ronchopathie et instabilité du sommeil multifactorielle et de status post toux chronique sur reflux gastro-oesophagien (cf. rapport du 25 août 2020). Au vu de ces diagnostics, une symptomatologie obstructive nocturne influant sur la fatigue et les troubles neurocognitifs peut être exclue. En effet, si le Dr Y.\_\_\_\_\_ réservait une réévaluation neuropsychologique avant amélioration et/ou stabilisation sur l'aspect psychologique des douleurs cervicales et dorsales (cf. rapport du 11 mai 2020), le Dr E.\_\_\_\_\_ conclut clairement à une stabilisation sur le plan neurologique et neuropsychologique (cf. rapport du 25 février 2021).

**cc)** S'agissant des troubles mictionnels, les avis au dossier divergent quant au point de savoir s'ils sont d'origine somatique - ce que prétend le recourant (cf. également le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2021) - ou psychique (cf. l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ du 25 mars 2021). S'ils sont d'origine somatique, leur stabilisation doit être examinée pour autant qu'un lien de causalité naturelle avec l'accident du 27 novembre 2018 soit admissible. Or tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis

de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il sera observé que ces troubles n'ont jamais été évoqués, ni diagnostiqués à la faveur des séjours à la Clinique G.\_\_\_\_\_, ni lors des consultations auprès de la Dre N.\_\_\_\_\_ jusqu'au 23 mars 2021 (rapport du 25 mars 2021), que l'assuré a apparemment consulté pour la première fois en mars 2021 (cf. rapports des 11 et 15 mars 2021 établis respectivement par les Drs J.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_) et que le lien que le Dr J.\_\_\_\_\_ fait entre ces troubles et les fractures vertébrales pourrait être induit par les plaintes de l'assuré quant à la survenance de ces troubles. Ainsi, dans son rapport du 11 mars 2021, il relève que l'intéressé a subi une fracture des vertèbres D8 et D12 en 2018 traitée par cimentoplastie et que, depuis lors, il se plaint de troubles mictionnels sous forme de pollakiurie diurne, 3 à 4 nycturies, mictions impérieuses et impression de mauvaise vidange vésicale. Ces mêmes plaintes figurent également dans le rapport du 2 novembre 2021, dans lequel le Dr J.\_\_\_\_\_ fait état, depuis l'accident de 2018, de troubles mictionnels sous forme de mictions fréquentes chaque heure et un à deux levers nocturnes, les mictions étant parfois impérieuses. Dans l'hypothèse où ces troubles étaient survenus dans les suites immédiates de l'accident ou de l'opération, il paraît inconcevable, en particulier au vu de leur fréquence, que leur diagnostic ait échappé à l'attention des médecins en charge de l'assuré, plus encore que celui-ci n'en ait pas rapporté les symptômes. Il résulte de ce qui précède qu'il convient de nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 27 novembre 2018 et les troubles mictionnels présentés par le recourant.

**c)** Il résulte de ce qui précède qu'au plan somatique, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au

30 juin 2021 et à statuer sur le droit à la rente en mettant de ce fait fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical. Le grief formulé par le recourant à cet égard est infondé et doit être rejeté.

**d)** Cela étant, il ressort du dossier que le recourant a également présenté des troubles psychiques dans les suites de son accident. Leur stabilisation, y compris celle des troubles mictionnels s'il devait être admis qu'ils sont d'origine psychogène, n'a lieu d'être examinée que pour autant qu'un lien de causalité adéquate soit admis. L'existence d'un lien de causalité naturelle n'est pas sujette à discussion, dès lors que le Dr S. \_\_\_\_\_ admet un tel lien entre l'accident du 27 novembre 2018 et les diagnostics retenus (trouble de l'adaptation avec réaction de type post-traumatique et trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques) chez un assuré ne révélant pas d'antécédents psychiatriques antérieurement à l'événement accidentel précité (cf. rapport du 10 février 2021).

**e)** Se pose la question de savoir si un lien de causalité adéquate peut être admis en l'espèce. Le recourant expose qu'il remplit, à tout le moins cinq critères, à savoir le caractère impressionnant de l'accident, la gravité des lésions physiques (propres à entraîner des troubles psychiques), la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

**f)** Il est constant que l'événement du 27 novembre 2018 est un accident de gravité moyenne au sens strict, tel que retenu par l'intimée et admis par le recourant quand bien même il prétend être tombé d'une hauteur de 3 mètres 50. Or il ressort clairement du rapport d'investigations policières établi le 31 janvier 2019 par la police cantonale valaisanne que la hauteur de la chute est de 2 mètres 65, hauteur usuelle entre deux étages dans le domaine de la construction d'appartements, ce que confirme au demeurant la plaquette de promotion de l'immeuble versée au dossier. Quoi qu'il en soit, cette conclusion s'impose si l'on

compare cet accident avec la casuistique tirée de la jurisprudence en matière de chutes d'une certaine hauteur. Ont en effet été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de cette catégorie, les chutes qui se sont produites d'une hauteur sensiblement plus élevée que 2 mètres 80 (soit entre 5 et 8 mètres) et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères. Le Tribunal fédéral a classé les cas de chute d'une hauteur d'environ 3 mètres plutôt dans la catégorie des accidents de gravité moyenne (TF 8C\_826/2011 du 17 décembre 2012 consid. 6.2 et les références citées ; voir également TF 8C\_547/2020 du 1<sup>er</sup> mars 2021).

**g)** Il reste à déterminer si le recourant cumule trois des critères dégagés par la jurisprudence ou, à tout le moins, que l'un d'entre eux se soit manifesté de manière spécialement intense (cf. considérant 4a/bb *supra*).

**aa)** S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, c'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TF 8C\_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1). Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moindre lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident (TF 8C\_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 5.3; TF 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.1 ; TF 8C\_434/2012 du 21 novembre 2012 consid. 7.2.3 ; TF 8C\_584/2010 du 11 mars 2011 consid. 4.3.2, in SVR 2011 UV n° 10 ; TF 8C\_624/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.2.1).

En l'occurrence, cette condition n'est pas réalisée. On notera, tout d'abord, que le recourant a subi, ensuite de sa chute, une perte de

connaissance laquelle a été de brève durée puisque, à l'admission au service des urgences de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_, il était légèrement somnolent (lettre de sortie du 13 décembre 2018). La portée de ce critère doit dès lors être relativisée. Pour le reste, si le fait de tomber d'une hauteur de 2 mètres 65 a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident du 27 novembre 2018 n'apparaît pas du point de vue objectif - seul déterminant en l'espèce - particulièrement dramatique.

**bb)** En ce qui concerne la gravité ou la nature particulière des lésions, le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral ne suffit pas, en soi, pour conclure à la réalisation de ce critère (ATF 117 V 369 consid. 4b). Il faut encore que les troubles caractéristiques d'une atteinte de ce type soient particulièrement graves ou qu'il existe des circonstances spécifiques qui influencent le tableau clinique (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2 et les références; TF 8C\_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 9.3).

Tel n'est toutefois pas le cas en l'espèce. Le recourant n'a été hospitalisé que quatre jours (du 27 au 30 novembre 2018) en raison d'un traumatisme cranio-cérébral léger à modéré et de fractures aux vertèbres dorsales D8 et D12, lesquelles ont fait l'objet d'une intervention chirurgicale dont les suites se sont avérées simples avec une bonne réduction des fractures au contrôle radiologique (cf. lettre de sortie du 13 décembre 2018).

Si une embarrure pariéto-occipitale gauche a été mise en évidence lors de l'hospitalisation du recourant, elle a pu être traitée conservativement et il n'y avait pas de lésions décelables associées. Du point de vue neurologique, le Dr E.\_\_\_\_\_ a certes admis que l'intéressé présentait des séquelles post-traumatiques objectivables mais elles étaient restreintes en ce sens qu'elles étaient localisées dans la zone corticale au niveau de l'embarrure pariéto-occipitale gauche. Selon lui, ces lésions n'expliquaient ni le caractère, ni l'ampleur des troubles ni leur variation dans le temps. Il a ainsi relevé que le trouble mnésique ne pouvait pas être imputé à la lésion pariétale gauche. L'atteinte cognitive

était tout au plus modérée (cf. rapport du 25 février 2021), tandis que le Dr Y. \_\_\_\_\_ a conclu à un examen neurologique « strictement normal » (cf. rapport du 11 mai 2020).

**cc)** Le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, pertinent en matière de troubles psychiques, correspond à celui de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, s'agissant des traumatismes crânio-cérébraux (TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 6.2). L'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3 ; TF 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; TF U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). Par ailleurs, un traitement médicamenteux consistant en des antalgiques et des antidépresseurs n'a pas le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10.2.3 ; TF 8C\_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.5.4 ; TF 8C\_878/2012 du 4 septembre 2013 consid. 4.2.4 ; TF 8C\_305/2011 du 6 mars 2012 consid. 3.5).

En l'espèce, le traitement médical a consisté en une hospitalisation de quatre jours au cours de laquelle le recourant a fait l'objet d'une intervention chirurgicale après quoi le traitement a revêtu un caractère conservateur consistant essentiellement, outre deux séjours à la Clinique G. \_\_\_\_\_, en des séances de physiothérapie et en la prescription de médicaments antalgiques sans aucune nouvelle indication chirurgicale. Ce critère n'est lors pas réalisé, étant précisé que ce sont surtout les nombreuses investigations médicales qui en ont prolongé la durée.

**dd)** S'agissant de l'intensité des douleurs, pour qu'un assuré puisse se prévaloir de ce critère, il faut que, durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) aient existé, sans interruption conséquente, des douleurs importantes. L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne

accidentée (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.5).

Dans leurs rapports des 25 juin 2019 et 28 février 2020, les médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ ont relevé que le recourant se plaignait de douleurs au niveau dorsal et cervical sans qu'ils aient fait mention d'une incohérence de sa part. Ils ont toutefois souligné que la situation devait évoluer sur le plan psychologique et qu'un suivi devait être mis en place en vue de définir des stratégies de gestion de la douleur. Lors de son examen final, le Dr C.\_\_\_\_\_ a constaté qu'en dépit des traitements mis en œuvre et du temps écoulé depuis l'accident, les douleurs restaient très importantes et constituaient la plainte principale du recourant. Elles concernaient essentiellement la région dorso-lombaire, les douleurs pariétales gauches étant au second plan. Si le comportement douloureux s'était manifesté tout au long de l'examen clinique, il apparaissait que celui-ci n'avait rien révélé de particulier hormis une mobilité rachidienne limitée dans tous les plans, des changements de positions lents et précautionneux ainsi qu'une station assise inconfortable. L'imagerie ne permettait pas non plus d'expliquer les plaintes formulées. Aussi existait-il, d'après le Dr C.\_\_\_\_\_, une importante discordance entre l'ampleur des douleurs avancées et les constatations objectives de l'examen radioclinique qui allaient plutôt dans le sens de séquelles relativement modérées. Il convient encore de relever dans ce contexte que la Dre N.\_\_\_\_\_ a préconisé la poursuite du programme de réentraînement à l'effort et au port de charges avec une fréquence plus rapprochée du suivi afin de motiver le recourant (cf. rapport du 11 février 2021). Ainsi, même s'il évitait le port de charges et les travaux physiquement contraignants, le recourant accompagnait ses enfants à l'école, les ramenait à la maison, effectuait les commissions avec son épouse et conduisait la voiture sur de courts trajets, de sorte qu'il convient d'admettre qu'il n'est pas entravé de manière significative dans sa vie quotidienne. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le Dr C.\_\_\_\_\_ a conclu son appréciation en soulignant qu'une composante psychogène jouait un rôle important dans la situation médicale du recourant (cf. rapport du 15 mars 2021). Il s'ensuit que le critère de l'intensité des douleurs n'est pas non plus réalisé.

**ee)** Il ne ressort d'emblée pas du dossier que des erreurs dans le traitement médical aurait entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident.

**ff)** La même conclusion s'impose en ce qui concerne le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes.

**gg)** Finalement, en ce qui concerne l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante, mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 ; TF 8C\_115/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.3.7).

En l'occurrence, le recourant n'a pas repris l'exercice d'une activité lucrative depuis l'accident dont il a été victime en novembre 2018. S'il n'est pas contesté que l'activité de maçon n'est plus exigible, les médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ ont estimé, dès 2019, que le pronostic de réinsertion était favorable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges excédant 5 à 10 kg ni de port de charges répété supérieures à 5 kg, pas de maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, pas de position statique debout ou de marche prolongée, pas de flexion/torsion répétée du tronc). Ils ont toutefois souligné que des facteurs personnels et contextuels étaient susceptibles d'entraver le processus de réinsertion et d'influencer défavorablement le retour au travail. Outre que le recourant apparaissait centré sur ses douleurs, ils ont noté une cotation élevée de ces dernières, une kinésiophobie, un catastrophisme et l'existence d'une procédure pénale dirigée contre son ancien employeur (cf. rapport du 25 juin 2019). Dans son rapport du 15 juillet 2019, la Dre N.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de

trouble de l'adaptation avec réaction de type post-traumatique au vu des éléments évoqués par le recourant (éviter des chantiers, impression de chute en cas de montée ou descente d'escaliers, réveils nocturnes fréquents, tendance à l'isolement). Ce diagnostic a été confirmé par le Dr S.\_\_\_\_\_, lequel ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail avant que le cas ne soit considéré comme stabilisé sur le plan somatique (cf. rapport du 10 février 2021). A cet égard, le Dr C.\_\_\_\_\_ a jugé que, d'un strict point de vue orthopédique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées (pas de port de charges moyennes ni de positions statiques prolongées, surtout en porte-à-faux du tronc) même si une évaluation réaliste aurait dû, selon lui, intégrer la problématique psychique (cf. rapport du 15 mars 2021). On peut déduire de ces considérations que l'incapacité de travail attestée n'est pas uniquement due à des atteintes somatiques. Dans ces conditions, il n'est pas possible de retenir que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux seules lésions physiques est réalisé.

**e)** En fin de compte, aucune des conditions alternatives pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et un accident de gravité moyenne n'est réalisée dans le cas d'espèce. Partant, en l'absence de causalité adéquate, la question de la stabilisation de l'état psychique ne se pose pas.

**7. a)** 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).

La comparaison 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\_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). 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 ; TF 8C\_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

**b)** 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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).

**c)** 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 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**8. a)** La fixation du revenu sans invalidité est contestée par le recourant. Concernant ce revenu, il convient de déterminer le revenu réalisé dans l'année précédant le 27 novembre 2018.

Le recourant a travaillé auprès de F. \_\_\_\_\_ Sàrl jusqu'au 30 septembre 2017. Il est inscrit au chômage dès décembre 2017 (cf. extrait du compte individuel du 27 mai 2021) et à partir du 22 janvier 2018 (17

selon le décompte de salaire du mois de janvier 2018) réalise un gain intermédiaire auprès de L.\_\_\_\_\_ Sàrl, tout d'abord pour une durée déterminée jusqu'au 31 mars 2018 puis pour une durée indéterminée à un taux d'activité contractuel de 40 % (cf. contrat de travail du 22 janvier 2018). On ne peut pas se référer au salaire horaire réalisé en gain intermédiaire puisqu'au final, le revenu du recourant demeurera celui fixé par les organes de l'assurance-chômage, quelles que soient les conditions contractuelles, notamment salariées de l'activité en gain intermédiaire. Il convient donc de se référer aux douze derniers salaires réalisés auprès de F.\_\_\_\_\_ Sàrl, soit un revenu de 61'282 fr. 90 (cf. questionnaire pour l'employeur complété le 17 juillet 2019 à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud).

**b)** Le revenu avec invalidité ne peut être déterminé en l'état actuel du dossier, l'instruction médicale s'avérant lacunaire. En effet, le Dr E.\_\_\_\_\_ a retenu, sur la base des éléments contemporains à l'accident, de l'évolution globale, de l'imagerie médicale et des constatations cliniques, une atteinte cognitive tout au plus modérée (cf. rapport du 25 février 2021). Il a expliqué que le recourant présentait des séquelles post-traumatiques objectivables mais qu'elles étaient restreintes en ce sens que leur localisation se situait à la zone corticale au niveau de l'embarrure pariéto-occipitale gauche. D'après ce médecin, ces lésions ne permettaient pas d'expliquer leur caractère, l'ampleur des troubles et leur variation dans le temps. A titre d'exemple, le trouble mnésique - dont le recourant s'est également plaint lors de l'examen par le Dr C.\_\_\_\_\_ - ne pouvait pas être imputé à la lésion pariétale gauche. Le Dr E.\_\_\_\_\_ en déduisait qu'il n'était pas possible d'évaluer exactement la « vraie » gravité des troubles neuropsychologiques en lien avec l'accident du 27 novembre 2018, raison pour laquelle il estimait nécessaire une appréciation médico-théorique (cf. rapport du 25 février 2021). Selon lui, l'atteinte cognitive n'entraînerait pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon. Néanmoins, au vu des limitations fonctionnelles déjà retenues sur le plan somatique (cf. rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 15 mars 2021), il paraît *a priori* que l'activité de maçon ne devrait plus être adaptée. Il manque donc une appréciation de l'influence des troubles

neuropsychologiques, dans la mesure où ils sont en lien de causalité avec l'accident du 27 novembre 2018 et sur la capacité de travail dans une activité adaptée, étant sur ce point rappelé la remarque du Dr C. \_\_\_\_\_ selon laquelle la capacité de travail aurait dû faire l'objet d'une évaluation consensuelle pour être réaliste (cf. rapport du 15 mars 2021), point de vue auquel le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a adhéré dès lors qu'il a diligenté une expertise pluridisciplinaire (cf. avis médical du 3 décembre 2021). Il ne saurait cependant être ordonné la suspension de la cause dans l'attente du dépôt de cette expertise puisqu'en matière d'assurance-invalidité la question ici essentielle du lien de causalité n'est pas abordée.

**9.** En dernier lieu et en tout état de cause, il s'impose d'examiner la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée par la CNA à concurrence de 30 % que le recourant conteste en estimant qu'elle devrait s'élever à 50 %.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

**b)** Aux termes de 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,

qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

**c)** L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**d)** En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents,

l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA).

**e)** En l'espèce, l'intimée a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 30 % sur la base, d'une part, de l'appréciation du Dr E. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 25 février 2021, dans lequel il retenait un taux d'atteinte à l'intégrité de 20 % pour les troubles neurologiques consécutifs à l'accident du 27 novembre 2018) et, d'autre part, sur celle du Dr C. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 15 mars 2021, dans lequel il retenait un taux d'atteinte à l'intégrité de 10 % pour les atteintes orthopédiques découlant de l'accident précité). Dans la mesure où le taux retenu résulte de l'addition des estimations effectuées par les spécialistes prénommés, il ne peut être retenu. En effet, en s'abstenant de procéder à une évaluation de l'ensemble du dommage subi par le recourant, l'intimée a contrevenu à l'art. 36 al. 3 OLAA. Aussi convient-il, sur ce point, de compléter l'instruction aux fins d'effectuer une pondération des différents taux retenus au moyen d'une appréciation d'ensemble.

**10.** Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur l'ensemble des points litigieux. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à la CNA, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). Il lui appartiendra de compléter l'instruction médicale par une évaluation bi-disciplinaire, orthopédique et neuropsychologique, qui elle seule permettra d'apprécier le plus objectivement possible la capacité de travail et les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée, tout comme l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devra également être appréciée sur la base de l'ensemble des atteintes à la santé présentées par le recourant.

**11.** Compte tenu de l'issue de la présente procédure, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires sous la forme d'une expertise portant sur les aspects

somatique et psychique de son état de santé est sans objet, de même que sa requête de suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu sur la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par ses soins.

**12.** En définitive, le recours, partiellement bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**13.** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA). Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

**I.** Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 1<sup>er</sup> septembre 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à K. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Elisabeth Chappuis, avocate (pour K. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :