

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 novembre 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me **B.**_____, avocat à
Lausanne,

et

B._____, à [...], recourant, d'une part,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, d'autre part.

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 49 al. 3 LPGA ; 12a OPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16
al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 2, 25 al. 1 LAA ; 36 OLAA ; 24 al.
1 LPA-VD**

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme agent de sécurité d'un commerce de détail à 100 % depuis le 1^{er} avril 2014. 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 19 juillet 2017, alors qu'il se trouvait en vacances dans un parc d'attractions à [...], l'assuré a été projeté en l'air de sa position assise par un jet d'eau fixé sur un rocher. Il a subi une opération chirurgicale de fixation percutanée des vertèbres L3 à L5 ainsi que L1 à L2 dans l'hôpital dans lequel il a été amené d'urgence en [...] le 19 juillet 2017.

Par courrier du 24 juillet 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait le cas en charge dès le 22 juillet 2017 et verserait des indemnités journalières de 134 fr. 75 par jour calendaire.

Le 25 juillet 2017, l'assuré a été transféré au Centre hospitalier D._____ (ci-après : le Centre hospitalier D._____) où il a été examiné par les Drs V._____ et K._____, spécialistes en neurochirurgie, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant auprès de l'Unité de chirurgie spinale. Ces médecins ont, dans un rapport du 24 août 2017, posé le diagnostic de fractures lombaires de L4 de type B2 et de type A1 en L2 et L1 révélées par le bilan radiologique et ont indiqué que les suites étaient favorables sans complication et sans déficit neurologique secondaire. Ils ont exposé que devant l'absence de déficit neurologique, de trouble de la marche, de troubles sphinctériens et de douleurs ainsi qu'en l'absence de la nécessité d'autre traitement pour les fractures ou d'un transfert en centre de traitement et de réadaptation (CTR), l'assuré avait pu regagner son domicile le jour même de son arrivée. Une totale incapacité de travail a été attestée du 19 juillet au 5 septembre 2017.

L'assuré a bénéficié de physiothérapie dès le mois d'août 2017.

Par certificats des 30 août, 11 octobre et 25 octobre 2017, le Dr H._____, médecin-assistant auprès de l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier D._____ a attesté une totale incapacité de travail du 19 juillet au 19 novembre 2017, puis une reprise à 50 % dès le 20 novembre 2017 jusqu'au 7 janvier 2018 et à 100 % dès le 8 janvier 2018.

Par rapport du 2 novembre 2017, le Dr H._____ a exposé que le périmètre de marche de l'assuré était quasiment illimité et que l'évolution était favorable. Il a indiqué qu'une reprise progressive du travail pouvait être envisagée.

Dans un rapport du 8 mars 2018, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé auprès de l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier D._____, et le Dr K._____ ont indiqué que l'assuré n'avait pas de plainte particulière en dehors de quelques lombalgies mais non handicapantes et qu'il évoluait globalement bien avec une reprise de son travail à 60 % dès le 21 janvier 2018. Selon une radiographie de la colonne lombaire faite le jour de la consultation, à savoir le 24 janvier 2018, il n'y avait pas de complication du matériel d'ostéosynthèse mais des signes de consolidation au moins partiel au niveau des fractures L2 et L4 apparus par rapport au dernier comparatif ainsi qu'une discarthrose L5-S1 avec mise en évidence d'un vide intradiscal.

Par certificats des 10 avril et 23 mai 2018, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assuré, a attesté une incapacité de travail de 40 % du 10 avril au 31 mai 2018, puis une incapacité de travail totale dès le 22 mai 2018. Il a ensuite régulièrement attesté une entière incapacité de travail.

Le 10 juillet 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud en indiquant comme genre d'atteinte à la santé une fracture de trois vertèbres lombaires.

Par appréciation médicale du 31 juillet 2018, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a posé les diagnostics de fracture-éclatement incomplète avec séparation du corps vertébral L4 en crânial (A 3.2.1), de fracture incomplète de L2 en crânial (A 3.1.1), de fracture par impaction du plateau vertébral supérieur de L1 (A 1.3) et de status post-stabilisation en urgence de L2 à l'aide d'un fixateur interne L1-L2, de L4 à l'aide de fixateurs internes L3, L5. Il a conclu que devant l'évolution favorable, une reprise d'activité à temps complet était tout à fait envisageable mais que cela dépendrait de l'évolution après ablation du matériel d'ostéosynthèse à la stabilisation de l'état, à savoir six mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et en l'absence de complication intercurrente. Il a précisé que si les fractures étaient consolidées, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pouvait améliorer la situation dans le sens d'une augmentation de l'amplitude articulaire au niveau du rachis lombaire.

Dans un rapport du 17 août 2018, les Drs P.____ et Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin assistant auprès de l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier D._____, ont indiqué qu'après six mois d'évolution favorable, il y avait une stagnation, voire une péjoration de l'état de santé de l'assuré avec des douleurs lombaires basses non déficitaires et qu'il convenait dès lors d'effectuer un scanner à la recherche d'une pseudarthrose.

Aux termes d'un rapport du 21 septembre 2018, les Drs P.____ et Y.____ ont posé les diagnostics de pseudarthrose de fractures de type A1 de L2 et L4 et décompensation adjacent L5-S1. Ils ont conclu que les douleurs de l'assuré pouvaient avoir comme origine la pseudarthrose et la décompensation L5-S1 mais qu'elles pouvaient également avoir une autre origine possible, à savoir une simple gêne sur le matériel. Aussi, une ablation de ce matériel était proposée avant

d'exclure cette dernière étiologie et de pouvoir si besoin par la suite effectuer une imagerie sans artefact.

Par rapport intermédiaire à la CNA du 11 octobre 2018, le Dr X._____ a posé le diagnostic de status post fixation de fractures L1, L2 et L4. Il a indiqué une recrudescence de douleurs lombaires dans le cadre d'une non consolidation L2 et L4 et décompensation du segment L5-S1, et que l'assuré devait se déterminer sur la possibilité de procéder à une ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Selon une communication du 18 octobre 2018 adressée à la CNA, l'assuré a été licencié pour le 20 octobre 2018.

Selon un rapport non daté du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-assistant auprès de l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier D._____, faisant suite à une consultation ambulatoire du 4 décembre 2018, l'assuré décrivait une très discrète amélioration. Ce rapport proposait d'effectuer un SPECT/CT [Single Photon Emission Computed Tomography/Computed Tomography] et d'envisager ensuite une ablation du matériel de spondylodèse.

Par rapport du 3 mai 2019, le Dr G._____, médecin assistant à l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier D._____, a indiqué que de nouvelles douleurs étaient apparues en octobre 2018 et qu'au vu de la récurrence des symptômes, il était préférable d'effectuer l'ablation du matériel d'ostéosynthèse dans sa totalité.

Dans un rapport du 8 juillet 2019 faisant suite à une consultation du 22 février 2019, le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin chef à l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier D._____, a indiqué que l'ablation du matériel allait énormément améliorer la situation dès lors qu'on remarquait un desserrage des vis au niveau L2 où la vis 1 avait été placée dans la fracture. De plus, on notait un segment libre entre deux

fixations qui expliquait une partie de la douleur et la fixation L3-L5 restait au-dessus d'une dégénérescence grave L5-S1 provoquant, avec ce grand levier, des douleurs au niveau du bas du dos. Si des discopathies pluri-étagées post-traumatiques étaient observées, les fractures mêmes étaient bien guéries au vu du SPECT/CT effectué le 18 décembre 2018 qui mettait en évidence un desserrage des vis L2 bilatéral.

Selon une notice téléphonique du 22 juillet 2019 entre la CNA et l'assuré, celui-ci a indiqué ne plus être suivi au Centre hospitalier D._____ dès lors qu'il ne préférerait pas prendre le risque de se faire opérer une nouvelle fois. Il a également indiqué ne pas aller bien moralement et que son médecin-traitant lui avait conseillé d'aller voir un psychiatre, ce qu'il n'avait pas encore fait.

Après avoir examiné l'assuré le 9 octobre 2019, le Dr J._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a posé les diagnostics de status post-stabilisation percutanée L1-L2, L3-L5 pour fractures A3 L2, A1 L1 et A3 L4, de dégénérescence grave avec discopathie grave L5-S1 et de chambrage des vis L2 bilatérale. Selon lui, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse proposée par le Centre hospitalier D._____ pouvait effectivement apporter une amélioration de l'état de santé de l'assuré qui refusait toutefois d'effectuer cette opération de peur qu'on lui touche à nouveau le dos et que cela empire la situation. Le Dr J._____ a dès lors proposé un séjour à la Clinique R._____ (ci-après : Clinique R._____) afin de faire un reconditionnement global au niveau de la musculature du tronc et de pouvoir définir ses limitations fonctionnelles définitives en sachant que l'activité d'agent de sécurité n'était plus exigible du fait de l'atteinte pluri-étagée au niveau du rachis lombaire. Il a précisé que si aucune opération n'était prévue après ce séjour, la situation serait alors stabilisée sur le plan médical.

L'assuré a séjourné à la Clinique R._____ du 15 janvier au 11 février 2020. Dans un rapport du 17 février 2020, les Drs Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et L._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant à la Clinique

R._____, ont posé comme diagnostics principaux une chute avec fracture-impaction du bord antérieur de L1, impaction du plateau vertébral supérieur de L2 et fracture par compression de L4 ainsi qu'une consolidation partielle des fractures L2, L4 et discopathie L5-S1. Ils ont également posé comme diagnostics secondaires des troubles de l'équilibre sagittal compensés sous la forme d'une hyperlordose lombaire avec une rétroversion du bassin et diminution de la cyphose dorsale, des troubles dégénératifs du rachis lombaire L5-S1 et un syndrome fémoro-patellaire bilatéral débutant. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes pour le rachis lombaire : éviter les activités prolongées en porte-à-faux, éviter toutes les activités demandant une bonne flexibilité lombopelvi-fémorale, éviter les activités statiques debout ou assises de plus d'une heure sans pause, éviter l'exposition prolongée du corps entier aux secousses, éviter les ports de charge en porte-à-faux autres que légers et les ports de charge près du corps de plus de 7,5 kg. Ils ont indiqué que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical mais qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux à trois mois et que si le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de surveillant de magasin était actuellement défavorable, il restait encore incertain. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable et une pleine capacité de travail pouvait être attendue. Pendant l'hospitalisation, une radiographie de la colonne lombaire a été effectuée le 17 janvier 2020 et une radiographie des deux genoux le 7 février 2020 qui a mis en évidence l'absence d'argument en faveur d'une gonarthrose.

Lors d'une consultation de l'appareil locomoteur à la Clinique R._____ le 5 mai 2020, l'assuré a décrit une stagnation de son cas qui a été confirmée par le Dr Q._____ qui a indiqué que l'activité habituelle de surveillant de magasin n'était plus adaptée et que les limitations fonctionnelles définitives étaient les suivantes pour son rachis lombaire : toutes les activités prolongées ou maintenues en statique en porte-à-faux ou avec le tronc penché, toute activité debout statique ou assise prolongée de plus d'une heure sans pause et les ports de charges en porte-à-faux de maximum 5-10 kg.

Le 25 mai 2020, le cas de l'assuré a été soumis au Dr J._____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a posé les diagnostics de status post-stabilisation percutanée L1-L2, L3-L5 pour fractures A3 L2, A1 L1 et A3 L4, de dégénérescence grave avec discopathie grave L5-S1 et de chambrage des vis L2 bilatérales. Il a indiqué que l'activité habituelle d'agent de sécurité n'était plus exigible et qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par la Clinique R._____ était donnée sans limitation de temps et de rendement. Il a évalué l'atteinte à l'intégrité à 15 % selon le chiffre 1 de la table 7 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA.

Par courrier du 27 mai 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 juin 2020 dès lors que la poursuite du traitement médical ne saurait apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident.

Faisant suite à un courriel du 27 mai 2020 de la CNA, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué que le salaire présumable sans accident aurait été de 4'729 fr. + 394 fr. 10 de 13^e salaire en 2017, de 4'767.- + 397 fr. 25 en 2018, de 4'803.- + 400 fr. 25 en 2019 et de 4'839 fr. + 403 fr. 25 en 2020.

Par décision du 19 juin 2020, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré estimant qu'il était à même d'exercer pleinement une activité ne nécessitant pas le port de charges supérieur à 5-10 kg en position instable et pouvant être réalisée en alternance assise/debout, les positions statiques de longue durée étant à éviter tout comme la nécessité de devoir pencher le tronc de manière prolongée. En prenant comme base les chiffres du niveau de compétence 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et en tenant compte d'une réduction de 10 % pour les limitations fonctionnelles, un salaire de 61'601 fr. pouvait encore être réalisé dans une activité adaptée. Comparé au gain de [4'839 fr. x 13 =] 62'907 fr. réalisable sans accident, il en résultait une

perte de 2 %. Par ailleurs, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % correspondant à un montant de 22'230 francs.

Par projet de décision du 5 août 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente limitée du 1^{er} janvier 2019 au 31 août 2020 tout en précisant qu'à partir du 25 mai 2020, une pleine capacité de travail était reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient toutes les activités prolongées ou maintenues en statique en porte-à-faux ou avec le tronc penché, toute activité debout statique ou assise prolongée supérieure à une heure sans pause et les ports de charges en porte-à-faux de plus de 5-10 kg.

Le 24 août 2020, l'assuré, désormais représenté par Me B._____, a formé opposition à l'encontre de la décision de la CNA du 19 juin 2020 et a conclu à son annulation, à ce que l'incapacité de gain soit fixée en tenant compte des circonstances particulières et d'une situation médicale actualisée, ainsi qu'à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée sur un pourcentage d'au moins 50 %. Il a également conclu à être mis au bénéfice de l'assistance gratuite d'un conseil juridique. Il a fait valoir une violation de son droit à recevoir une décision motivée et compréhensible dès lors qu'on ignorait sur quels critères s'était fondée la CNA pour retenir une réduction de seulement 10 % du gain d'invalidé ainsi que pour fixer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %.

Le 9 novembre 2020, la CNA a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance gratuite d'un conseil juridique et a désigné Me B._____ à cet effet.

Par courrier du 9 décembre 2020, l'assuré a fait parvenir à la CNA deux rapports du Dr W._____, médecin praticien et médecin-chef en chirurgie orthopédique et en réadaptation physique auprès du Centre médical de [...], des 27 octobre et 25 novembre 2020 posant les

diagnostics de lombo-pygalgies chroniques. Le rapport du 27 octobre 2020 mentionnait en outre que le patient se plaignait de cervicalgies et de gonalgies. Quant au second rapport, il indiquait que le taux d'atteinte à l'intégrité devrait être de l'ordre de 30 % en cumulant l'atteinte radiographique et les plaintes somatiques.

Par courrier du 29 janvier 2021, l'assuré a annoncé à la CNA une aggravation de ses douleurs et a transmis un rapport du Dr W. _____ du 11 janvier 2021 relatif à une évaluation fonctionnelle de l'assuré. Ce rapport, qui précisait que la détermination des limitations fonctionnelles ou de l'exigibilité, au sens de la médecine des assurances, ne devait pas se faire sur la base des seuls résultats de l'évaluation fonctionnelle, mais d'après les données de toutes les investigations à disposition, arrivait à la conclusion que l'activité exercée précédemment était impossible et qu'il faudrait se contenter d'une activité plutôt sédentaire avec manipulation de charges très restreinte. En outre, le rendement semblait aussi être diminué à environ 50 % du taux habituel.

Par courrier du 26 février 2021, Me B. _____ a fait parvenir à la CNA sa note d'honoraires détaillée pour les opérations du 9 juillet 2020 au 26 février 2021 présentant un solde de 4'958 fr. 40, TVA incluse, correspondant à un total d'heures de 14.8 à 300 fr. de l'heure, plus 121 fr. 50 de frais de photocopies et 42 fr. 40 de frais d'envois et de téléphonie.

Après soumission du cas le 18 mars 2021 au Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement à la CNA, une imagerie par résonance magnétique (IRM) dorso-lombaire et un scanner lombaire ont été réalisés le 7 avril 2021. Selon les rapports du même jour du Dr C. _____, spécialiste en radiologie, l'IRM a montré une « accentuation de la cyphose dorsale, pas de discopathie dégénérative au niveau de D12-L1 et de L2-L3, d'importante discopathie dégénérative L5-S1 avec protrusion discale circonférentielle et contact avec les racines de S1 au niveau de leur émergence du fourreau dural ». Le scanner a pour sa part révélé un « discret rétrolisthésis de L5 sur S1 stade I avec discopathie dégénérative

associée, fracture tassement du plateau supérieur de L4 avec respect du mur postérieur, solution de continuité au niveau de la partie antéro-supérieur de L4 ».

Le 5 mai 2021, l'assuré a été examiné par le Dr S._____ qui a posé les diagnostics de status post-stabilisation percutanée L1-L2, L3-L5 pour fractures A3 L2, A1 L1 et A3 L4, de dégénérescence du rachis par discopathie grave L5-S1 et de dégradation en décompensation d'un équilibre sagittal vertébral type 2. Il a confirmé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé en mai 2020 avant de connaître une dégradation en octobre 2020 en retenant une rechute au moment des premières constatations du Dr W._____ tout en précisant que l'état de santé de l'assuré était à nouveau stabilisé à la date de son examen. Le Dr S._____ a encore précisé qu'étaient à exclure toutes les activités prolongées ou maintenues en statique, en porte-à-faux, avec le tronc penché, toute activité statique ou assise prolongée supérieure à 30 minutes sans pause et port de charges en porte-à-faux à maximum 5 kg. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, son taux pouvait être fixé à 20 %.

Le 7 mai 2021, la CNA s'est vue remettre un avis spécialisé établi le 28 janvier 2020 par un médecin de la Clinique R._____ selon lequel l'assuré, qui ne souhaitait pas être opéré, présentait un trouble compensé de l'équilibre sagittal sous la forme d'une hypolordose lombaire compensée par une rétroversion du bassin et une diminution de la cyphose dorsale, le point douloureux dorsal bas gauche correspondant vraisemblablement à une dysfonction costo-transversaire. Il proposait de laisser partir l'assuré avec un programme d'exercices à domicile et d'effectuer des thérapies manuelles de mobilisation et de la physiothérapie.

Par courrier du 18 juin 2021, la CNA a informé l'assuré qu'il entendait confirmer la décision du 19 juin 2020 mais qu'il reviendrait toutefois aux services compétents d'examiner son droit aux prestations pour la période postérieure au 22 octobre 2020 dans le cadre d'une

nouvelle décision formelle sujette à recours. Elle a précisé qu'il avait la faculté de retirer son opposition ce qui ferait entrer en force la décision du 19 juin 2020.

Par courrier du 17 octobre 2021, l'assuré a maintenu son opposition du 24 août 2020 et exposé que la stabilisation de son état de santé fixée à mai 2020 demeurait contestée. Il a estimé que la lente dégradation de son état et le trouble statique grave post-traumatique dont il souffrait et qui était enfin reconnu étaient toujours liés à l'accident du 19 juillet 2017. A ce courrier étaient annexés un courrier du Dr W. _____ du 6 octobre 2021 qui relevait que l'imagerie faite en avril 2021 ne montrait pas de signe d'aggravation ni de nouveau descellement de vis et que la question se posait de savoir si le déséquilibre sagittal, secondaire à l'ostéosynthèse et au manque musculaire, n'intervenait pas sur une structure déjà atteinte donc non touchée par le traumatisme, ainsi qu'une note d'honoraires de Me B. _____ complétée pour tenir compte des opérations effectuées du 26 février 2021 au 17 octobre 2021 présentant un solde de 7'261 fr. 56.

Par décision sur opposition du 26 novembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et dit que son droit aux prestations de l'assurance-accidents en lien avec la rechute décrite par le Dr S. _____ allait être examiné ultérieurement. Elle a également mis l'assuré au bénéfice de l'assistance gratuite d'un conseil juridique en la personne de Me B. _____ tout en précisant que ce dernier recevrait par courrier séparé le montant pris en charge. Elle a considéré qu'aucun rapport médical produit par l'assuré ne remettait en cause la stabilisation de son état de santé en mai 2020 constatée par les médecins de la Clinique R. _____, puis par le médecin d'arrondissement. S'agissant de la rente d'invalidité, elle a considéré que le gain sans invalidité fixé à 62'907 fr. pouvait être confirmé et que le gain d'invalidité devait être fixé à 62'031 fr. pour tenir compte d'une indexation de 0.9 % pour 2019 et de 0.8 % pour 2020. Ainsi, la comparaison des revenus laissait apparaître une perte de gain de 1.39 %, inférieur au seuil minimal fixé par l'art. 18 LAA. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être examinée en tenant

compte de l'état de santé de l'assuré en mai 2020, c'est-à-dire avant la rechute constatée en octobre 2021 et pouvait dès lors être fixée à 15 %.

En réponse à un courrier du 23 décembre 2021 lui allouant une indemnité de 3'500 fr., TVA incluse, Me B. _____ a, par courrier du 5 janvier 2022, sollicité de la CNA une décision sujette à recours dès lors qu'il avait reçu une indemnité équivalente à la moitié de celle à laquelle il pouvait raisonnablement prétendre à raison des opérations effectuées du 9 juillet 2020 au 17 octobre 2021 au tarif horaire de 300 francs.

B. Par acte du 17 janvier 2022, U. _____, toujours représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 26 novembre 2021, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est octroyée ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 44'460 fr. au minimum. Il a également conclu à ce que l'indemnité due à son conseil d'office, Me B. _____, pour son intervention en qualité de conseil juridique gratuit du 9 juillet 2020 au 26 décembre 2021 soit fixée à 7'261 fr. 55. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 26 novembre 2021 et à son renvoi à l'intimée ainsi qu'à l'annulation de la « lettre-décision » du 23 décembre 2021. En tout état de cause, il a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire et la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire et l'audition du Dr W. _____. En substance, il a contesté disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et a fait valoir une diminution de rendement de 50 % ainsi que la prise en compte d'une déduction de 25 % pour tenir compte de sa situation personnelle, à savoir notamment son âge, l'absence de formation professionnelle dans une activité adaptée, de ses perspectives salariales et de sa longue période d'inactivité depuis son accident. Il a en outre fait valoir que la décision du 19 juin 2020 était notamment déficitaire sur le degré d'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. S'agissant de cette indemnité, il a relevé que son cas était particulièrement complexe, empreint de nombreuses particularités et de douleurs secondaires dont l'intimée n'avait pas suffisamment tenues compte et que la table 7 était applicable avec un

degré ++ ou +++ pour tenir compte des douleurs fonctionnelles occasionnées et du trouble statique grave retenu. Enfin, il s'est plaint du fait que l'intimée semblait avoir pratiqué la politique du forfait pour fixer l'indemnité de son conseil d'office pourtant proscrite par la jurisprudence, tout en écartant une note d'honoraires avec un tarif horaire tout à fait raisonnable. A cet égard, il s'est plaint d'un défaut de motivation de la « lettre-décision » du 23 décembre 2021, et par-là d'une violation de son droit d'être entendu, respectivement d'un retard injustifié à statuer, et même d'un déni de justice formel.

Aux termes d'une décision du 24 janvier 2022, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 janvier 2022 sous forme de l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me B._____, le recourant étant en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Par décision du 21 février 2022, l'intimée a alloué à Me B._____ une indemnité de 3'500 fr. correspondant à 15 heures de travail rémunéré à 200 fr. de l'heure en considérant que la cause ne sortait pas de l'ordinaire dès lors que l'état de fait était sans particularité, le dossier ne comprenait aucune expertise formelle et que la cause n'avait pas nécessité l'application de dispositions juridiques particulières.

Par réponse du même jour, l'intimée a rappelé que la présente procédure concernait le droit aux prestations tel qu'il existait lorsque l'état de santé avait été jugé stabilisé en mai 2020, non le cas de rechute annoncé en octobre 2020, situation qui fera l'objet d'une nouvelle décision sujette à opposition puis recours. Elle a également indiqué que la réduction de 10 % opérée sur le revenu d'invalidé n'était pas remise en cause par les différents éléments soulevés par le recourant, à savoir son âge, son absence de formation, la durée de son incapacité de travail et son manque d'expérience dans une nouvelle activité adaptée et qu'elle devait ainsi être confirmée. L'intimée a maintenu sa position s'agissant du taux de 15 % retenu pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dès lors

que rien ne venait contredire les conclusions convaincantes des médecins d'arrondissement, le Dr W. _____ se référant seulement à la situation dans laquelle se trouvait le recourant après sa rechute. Enfin, l'intimée a considéré que la conclusion du recourant relative à l'indemnité de son conseil d'office était irrecevable dès lors qu'aucune décision formelle n'avait encore été rendue sur ce point.

Par acte du 23 mars 2022, B. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 21 février 2022 de la CNA, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une indemnité de 7'261 fr. 55 lui était allouée et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Il a fait valoir que l'intimée avait arbitrairement réduit l'indemnité réclamée de près de moitié sans motivation suffisante et sans indiquer précisément les opérations de la liste produite qui auraient été jugées inutiles ou superflues. En outre, elle avait mal appréhendé le tarif horaire de 200 fr. à 400 fr. prévu sous forme de fourchette et non de plafond. Enfin, il a relevé que la prise de connaissance de correspondances par l'avocat ne pouvait pas être systématiquement « sabrée » dès lors que cette prise de connaissance avait été limitée à 3 minutes.

Ensuite du dépôt des recours des 17 janvier et 23 mars 2022, deux causes ont été ouvertes auprès de la Cour de céans, la première sous la référence AA 8/22 portant sur la décision sur opposition du 26 novembre 2021, la seconde sous la numéro de référence AA 41/22 portant sur la décision du 21 février 2022 relative à l'indemnité du conseil d'office.

Par écriture du 11 mai 2022, le recourant a maintenu l'intégralité des conclusions prises au pied de son mémoire de recours du 17 janvier 2022.

Par courrier du 10 février 2023, le recourant a informé la Cour de céans qu'une seconde procédure d'opposition avait été ouverte contre une décision de l'intimée du 22 septembre 2022 par laquelle elle lui avait octroyée une rente d'invalidité pour une incapacité de gain de 37 % ainsi

qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Il a également requis la jonction de la cause AA 8/21 avec le dossier AA 41/22 dès lors qu'il s'agissait de causes communes.

Le recourant a régulièrement adressé à la Cour de céans des certificats du Dr X. _____ attestant d'une incapacité de travail totale du 1^{er} octobre 2020 au 31 juillet 2023.

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, déposés 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), les recours sont recevables.

c) L'art. 24 al. 1 LPA-VD prévoit que l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation de faits identiques ou à une cause juridique commune.

Dans la mesure où les recours des 17 janvier et 23 mars 2022 se rapportent à une situation de faits identique et à une cause juridique commune, ce que les parties admettent d'ailleurs elles-mêmes, que les parties et mandataires sont les mêmes et que la requête de jonction du 10 février 2023 n'a fait l'objet d'aucune objection, il convient de joindre les

causes AA 8/22 et 41/22 et de se prononcer sur les deux recours dans un seul et unique arrêt.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, en particulier sur le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que sur le montant de l'indemnité de conseil d'office allouée à Me B._____ par l'intimée.

3. Dans un grief formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu, d'une part, parce que la décision du 19 juin 2020 serait insuffisamment motivée quant à la manière de fixer le degré d'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et, d'autre part, au motif que son dossier n'aurait pas été instruit à satisfaction en présence d'une stabilisation contestée en mai 2020.

a) 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. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), 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).

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend également 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).

b) En l'occurrence, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé. En effet, la motivation de la décision du 19 juin 2020 permet aisément de comprendre quels éléments ont été retenus par l'intimée et pourquoi ils l'ont été. Ainsi, elle a retenu, en se fondant sur les conclusions de son médecin-conseil, que le recourant demeurerait à même d'exercer à temps complet une activité ne nécessitant pas le port de charges supérieur à 5-10 kg en position instable et pouvant être réalisée en alternance assise/debout, les positions statiques de longue durée étant à éviter, tout comme la nécessité de devoir pencher le tronc de manière prolongée. Elle a également tenu compte d'une réduction de 10 % pour les limitations fonctionnelles du recourant et a exposé les chiffres retenus pour le calcul du taux d'invalidité. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a repris le calcul effectué et expliqué par le Dr J. _____ le 25 mai 2020. Comme l'a mis en évidence la jurisprudence, il suffit que la décision

mentionne, au moins brièvement, les motifs qui ont guidé l'autorité et sur lesquels elle a fondé sa décision de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause, ce qui est le cas en l'espèce. En réalité, en tant que le recourant reproche à l'office intimé de n'avoir pas motivé de manière suffisamment intelligible son refus de rente, le grief se confond avec celui d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves, tout comme le grief relatif à l'allégation d'un défaut d'instruction dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves. Ces arguments seront donc examinés avec le fond du litige.

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), l'indemnité journalière si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 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).

b) Selon 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 de la capacité de travail (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).

c) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI

[loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

c) 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).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. Dans sa décision sur opposition du 26 novembre 2021, la CNA a retenu que l'état de santé de l'assuré était stabilisé en mai 2020 et qu'il était en mesure de travailler à un taux de 100 % dans une activité adaptée en se fondant sur l'appréciation du Dr J. _____ du 25 mai 2020 et confirmée par le Dr S. _____ le 5 mai 2021.

Sans remettre en cause la valeur probante des rapports des médecins-conseil, le recourant a fait valoir que le grave trouble statique post-traumatique reconnu le 5 mai 2021 aurait déjà dû l'être en mai 2020 impliquant dès lors des limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues par le Dr J. _____ et partant, une diminution notable de sa capacité de gain de minimum 50 % ouvrant le droit à une rente.

a) Il est constant que le recourant a subi une chute après avoir été propulsé dans les airs par un jet d'eau qui a nécessité une opération chirurgicale de fixation percutanée des vertèbres L3 à L5 ainsi que L1 à L2 le 19 juillet 2017. Si l'évolution a d'abord été considérée comme favorable avec une reprise progressive du travail (cf. rapport du 24 août 2017 des Drs V. _____ et K. _____, rapport du 2 novembre 2017 du Dr H. _____, rapport du 8 mars 2018 des Drs P. _____ et K. _____ et appréciation du 31 juillet 2018 du Dr J. _____), il y a ensuite eu une stagnation, voire une péjoration de l'état de santé du recourant (cf. rapports du 17 août 2018 des Drs P. _____ et Y. _____ et du 11 octobre 2018 du Dr X. _____). Après avoir effectué un scanner, les Drs P. _____ et Y. _____ ont, dans

leur rapport du 21 septembre 2018, posé les diagnostics de pseudarthrose de fracture de type A1 de L2 et L4 et de décompensation adjacent L5-S1 qui pouvaient expliquer les douleurs du recourant. Ils ont cependant exposé que les douleurs pouvaient également avoir comme origine une simple gêne sur le matériel et qu'une ablation de ce matériel pouvait dès lors être bénéfique pour le recourant. Si cette ablation a également été proposée par les Drs J._____, Z._____, G._____ et A._____ (cf. rapports des 31 juillet 2018, consultation du 4 décembre 2018 et rapports des 3 mai et 8 juillet 2019), elle a toutefois été refusée par le recourant (cf. notice téléphonique du 22 juillet 2019). Après avoir examiné le recourant le 9 octobre 2019, le Dr J._____ a proposé un séjour à la Clinique R._____ où le recourant est resté du 15 janvier au 11 février 2020. Au vu de la stagnation de la situation (cf. consultation de l'appareil locomoteur du 5 mai 2020), le Dr J._____ a procédé à l'examen final du cas le 25 mai 2020 et a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible. Il a en revanche retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir éviter toutes les activités prolongées ou maintenues en statique en porte-à-faux ou avec le tronc penché, toute activité statique debout ou assise prolongée de plus d'une heure sans pause et éviter les portes de charge en porte-à-faux de maximum 5-10 kg.

b) Aucun élément du dossier ne vient contredire l'appréciation du Dr J._____ du 25 mai 2020 précitée, contrairement à l'avis du recourant selon lequel on ne pouvait pas encore parler de stabilisation au mois de mai 2020.

aa) Les médecins n'ayant pas d'autre traitement médical à proposer en dehors de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse refusée par le recourant, seul un traitement conservateur et de la physiothérapie pouvaient être proposés (cf. avis spécialisé du 28 janvier 2020). Or, une thérapie consistant en de la physiothérapie ne constitue pas en soi un traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré (TF U 551/06 du 14 décembre 2017 consid. 7.3). Ainsi, faute d'amélioration possible, le cas du recourant devait être considéré comme

stabilisé au printemps 2020, ce qui est par ailleurs confirmé par les médecins de la Clinique R. _____ qui ont évoqué une stabilisation médicale dans un délai de deux à trois mois après le séjour du recourant en clinique (cf. rapport du 17 février 2020 des Drs Q. _____ et L. _____), à savoir entre mars et mai 2020, ainsi que par le Dr J. _____ (cf. rapport du 9 octobre 2019) et par le Dr S. _____ (cf. examen du 5 mai 2021). La stagnation du cas à ce moment-là a en outre été reconnue par le recourant lui-même lors de la consultation de l'appareil locomoteur du 5 mai 2020 et par la voix de son avocat (cf. page 3 de l'opposition du 24 août 2020). Ainsi, au printemps 2020, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé, aucun élément médical ne laissant présager une amélioration, ni aucune dégradation prévisible.

bb) Certes, les rapports du Dr W. _____ produits par le recourant à la suite de son opposition du 24 août 2020 arrivent à la conclusion d'une dégradation de son état de santé, ce que le Dr S. _____ a également admis le 5 mai 2021, ils ne se prononcent en revanche pas sur la situation prévalant en mai 2020. En effet, le Dr W. _____ a examiné l'assuré pour la première fois en automne 2020 et ne saurait, faute d'examen rétrospectif, se prononcer sur la situation valable au printemps 2020. Au vu des rapports des 27 octobre, 25 novembre 2020 et 6 octobre 2021, on peut uniquement retenir que le Dr W. _____ a mis en évidence une dégradation de l'état de santé du recourant tout en se posant la question du déséquilibre sagittal constaté qui interviendrait sur une structure déjà atteinte, donc non touchée par le traumatisme. Ainsi, le Dr W. _____ n'a pas formellement contesté la stabilisation retenue en mai 2020.

cc) Enfin, l'argument du recourant selon lequel un éventuel lien entre des douleurs aux genoux et une bascule des membres inférieurs n'aurait pas été investigué tombe à faux du moment que ces douleurs ne sont étayées par aucun rapport médical, le Dr W. _____ se contentant de rapporter les plaintes de son patient dans son rapport du 27 octobre 2020. De plus, la radiographie des deux genoux du 7 février 2020 réalisée par la

Clinique R._____ n'a révélé aucun argument en faveur d'une gonarthrose.

c) Pour l'examen du droit à la rente, l'intimée a admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par le Dr J._____, à savoir pas de port de charges supérieur à 5-10 kg en position instable et pouvant être réalisée en alternance assise/debout, pas de positions statiques de longue durée et éviter de pencher le tronc de manière prolongée.

Le recourant a critiqué l'évaluation de sa capacité de travail et s'est référé aux constats du Dr W._____ qui a estimé que l'activité exercée précédemment était impossible et qu'il fallait se contenter d'une activité plutôt sédentaire avec manipulation de charges très restreinte, le rendement semblant aussi être diminué à environ 50 % du taux habituel (cf. rapport du 11 janvier 2021). Or, le Dr W._____ n'a jamais examiné le recourant durant la brève stabilisation qui a eu lieu entre mai et octobre 2020, mais seulement en octobre 2020 au moment de la rechute. Aussi, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr W._____ sont seulement pertinentes pour la période concernant la rechute et non celle visée par le présent litige. A cet égard, on relèvera que le Dr W._____ n'a pas précisément indiqué quelles limitations fonctionnelles étaient pertinentes en octobre 2020, ni en quoi elles se distançaient de celles retenues par la Clinique R._____, respectivement par le Dr J._____. Ainsi, les limitations fonctionnelles telles qu'établies par le Dr J._____ en mai 2020 peuvent être suivies et une activité adaptée à plein temps peut être retenue.

d) On relèvera enfin que l'appréciation du Dr J._____ du 25 mai 2020 est détaillée et motivée, que les conclusions sont claires et étayées, que les plaintes du recourant ont été prises en compte et qu'elles ont été établies à l'issue d'un examen clinique et en connaissance du dossier. Elle peut ainsi se voir conférer une pleine valeur probante, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas. C'est ainsi à bon droit que l'intimée n'a pas tenu compte d'autres limitations fonctionnelles et estimé la

capacité de travail du recourant comme totale dans une activité adaptée, les éléments au dossier ne permettant pas de mettre en doute les conclusions des médecins d'arrondissement.

e) A la lumière de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a, par décision sur opposition du 26 novembre 2021, retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux séquelles des fractures occasionnées par l'accident du 19 juillet 2018.

7. Doit ensuite être examinée la question du revenu que le recourant peut tirer d'une activité adaptée, fixé sur la base d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

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

b) 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_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).

c) 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).

d) 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).

e) aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans

l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

8. a) En l'occurrence, le recourant n'a élevé aucun grief à l'encontre du revenu sans invalidité qui a été déterminé, à juste titre, sur la base des indications fournies par l'employeur. Vérifié d'office, il peut être confirmé.

b) Concernant le revenu avec invalidité, l'intimée s'est fondée sur la table TA1 de l'ESS 2018, Total hommes, niveau de compétence 1. Elle est ainsi parvenue à un revenu d'invalidité annuel de 62'031 fr., après adaptation à la durée hebdomadaire de travail dans la branche (41.7 heures) et à l'évolution des salaires nominaux (+ 0.9 % en 2019 ; + 0.8 % en 2020).

Le recourant n'a pas remis en cause le montant retenu par l'intimée à titre de revenu avec invalidité. Il a néanmoins considéré qu'un taux d'abattement de 25 % aurait dû être appliqué sur ce revenu pour

tenir compte de son âge, de l'absence de formation professionnelle dans une activité adaptée, de ses perspectives salariales et de son longue période d'inactivité consécutive à son accident.

Il n'y a toutefois pas lieu de s'écarter du taux de 10 % retenu par l'intimée, lequel tient déjà compte de manière appropriée des effets que l'atteinte à la santé peut jouer concrètement sur les perspectives salariales du recourant dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. En effet, selon la jurisprudence, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple, TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 ou 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5).

Par rapport au critère de l'âge, le Tribunal fédéral n'a pas encore tranché le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, il constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (cf. TF 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.2 ; TF 8C_597/2020 du 16 juin 2021 consid. 5.2.5 et la référence citée). Cela étant, âgé de 47 ans au moment de la naissance du droit à la rente, l'assuré n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence du Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur peut être déterminant et nécessite une approche particulière (TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.2 ; TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2). A cet égard, il convient de relever que les activités adaptées envisagées par l'intimée faisaient partie du niveau de compétence 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne requéraient ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, de sorte que les effets pénalisant au niveau

salariale induits par l'âge ne peuvent pas être considérés comme suffisants, ce d'autant plus la jurisprudence considère que de tels emplois, non qualifiés, sont généralement disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (TF 8C_438/2022 du 26 mai 2023 consid. 4.3.4 et les références citées). Sans activité lucrative depuis mai 2018 (date à laquelle le recourant a été totalement arrêté après une tentative de reprise du travail), il ne peut pas non plus soutenir que ses attentes salariales souffriront d'un éloignement caractérisé du marché du travail, a fortiori dans les activités simples et répétitives pour lesquelles aucune formation spécifique n'est requise, telles que prises en compte par l'intimée.

Quant à la problématique d'une éventuelle diminution de rendement liée aux limitations fonctionnelles, il y a lieu de constater que l'intimée en a tenu compte en appliquant un abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité. Parmi la palette d'activités simples et peu contraignantes existant sur un marché équilibré du travail (à ce sujet, voir TF 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2 et la référence), il existe suffisamment d'emplois légers dans divers secteurs de l'industrie, à la condition de respecter les limitations fonctionnelles retenues en l'occurrence. Aussi, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il affirme que ses limitations fonctionnelles rendent illusoire ou irréaliste sa perspective de retrouver un emploi simple, léger et ne nécessitant pas de formation particulière adaptée à sa situation.

Enfin et pour autant que de besoin, on rappellera ici que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents ne requiert pas d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, la notion de marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGa) se limitant à déterminer si l'assuré pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. consid. 6a supra). A cet égard, on relèvera que l'OAI a également considéré que le

recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 25 mai 2020 (cf. projet de décision du 5 août 2020).

c) En définitive, la comparaison du revenu sans invalidité (62'907 fr.) et du revenu avec invalidité tenant compte d'un abattement de 10 % (62'031 fr. 20) conduit ainsi à un taux d'invalidité de 1.39 % $([(62'907 \text{ fr.} - 62'031 \text{ fr. } 20) / 62'907 \text{ fr.}] \times 100)$, arrondi à 1 % (ATF 130 V 121). C'est ainsi de manière fondée que l'intimée a retenu que le recourant ne subissait pas de préjudice économique permettant l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, un tel préjudice n'atteignant pas les 10% minimum requis par l'art. 18 LAA.

9. Dans son recours, le recourant a également remis en cause le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé à 15 % par l'intimée. Rappelant la présence continue de douleurs lombaires et d'un trouble statique grave post-traumatique, le recourant a fait valoir que le taux de l'indemnité devait être fixé à un taux plus élevé pour prendre en compte la complexité de son cas empreint de nombreuses particularités impliquant l'application d'un degré supérieur à celui utilisé par l'intimée, à savoir un degré compris entre « ++ » et « +++ » de la table 7 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA dans les affections de la colonne vertébrale.

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. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA).

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. 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).

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).

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 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. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA).

b) En l'espèce, l'intimée a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 % sur la base des conclusions du Dr J._____. Dans son appréciation du 18 mai 2020, il s'est référé à la table 7 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA dans les affections de la colonne vertébrale. Pour les fractures dont l'angle est de plus de 21°, le taux d'atteinte à l'intégrité varie selon les douleurs. Le taux est ainsi de catégorie +, à savoir de 5 à 15 % lorsque les douleurs sont modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (1 à 2 jours), de catégorie ++ lorsqu'il est entre 15 et 20 % (les douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts) et de catégorie +++ entre 20 et 30 % (douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos). Le Dr J._____ a considéré que l'évolution était lentement favorable avec cependant des douleurs lors des surcharges mécaniques mais peu de douleurs au repos ou si le recourant évitait de telles surcharges. Il a dès lors retenu un taux de 15 % correspondant à la fourchette basse de la catégorie ++, ce qui a ensuite été confirmé par le Dr S._____ dans son évaluation du 5 mai 2021. Le recourant a cependant remis en cause cette appréciation en se fondant sur les conclusions du Dr W._____ dans son rapport du 25 novembre 2020 qui a estimé l'atteinte à l'intégrité à 30 % en additionnant deux facteurs. Outre le fait que ces facteurs ne peuvent pas être cumulés tels quels (cf. p. 29 de l'appréciation du Dr S._____ du 5 mai 2021), les

constatations du Dr W._____ ne sauraient entrer en ligne de compte dès lors qu'elles concernent la période postérieure à la rechute. Ainsi, seul le Dr J._____ a examiné le recourant en mai 2020 lors de la stabilisation et il y a donc lieu de suivre ses conclusions qui ne sont au demeurant remises en doute par aucun avis médical circonstancié et objectif. On relèvera encore que le recourant a fait valoir que c'était à un degré entre ++ et +++ que le curseur devrait être posé, ce que le Dr J._____ a effectivement fait en prenant en compte la fourchette de 15 à 20 % de la catégorie ++. En définitive, l'appréciation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité établie par le Dr J._____ peut être confirmée.

10. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures - à savoir l'audition du Dr W._____ ainsi que la réalisation d'une nouvelle expertise médicale - doivent dès lors être rejetées. En effet, ce médecin s'est exprimé dans des rapports médicaux écrits, ce qui est suffisant, sans qu'il ne soit nécessaire de l'entendre oralement, ce d'autant plus que le Dr W._____ ne saurait renseigner la Cour de céans sur la période qui intéresse le présent litige, à savoir le printemps 2020. L'ensemble du dossier est cohérent et aucune mesure d'instruction supplémentaire ne s'avère nécessaire. Le juge peut mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. Enfin, dans le cadre de la défense d'office des droits de l'assuré, son mandataire s'est vu allouer une indemnité de 3'500 fr. par l'intimée. Ce dernier a contesté cette décision à l'occasion du recours au fond, puis a interjeté un recours séparé après s'être vu notifier une décision du 21 février 2022. En substance, il a fait valoir une violation de son droit d'être entendu en lien avec un défaut de motivation et une mauvaise application du tarif horaire prévu pour l'activité de l'avocat.

a) Selon l'art. 12a OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), les art. 8 à 13 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF ; RS 173.320.2) sont applicables par analogie aux frais d'avocat d'une partie au bénéfice de l'assistance gratuite d'un conseil juridique. Il prévoit, à son article 10 que les honoraires d'avocat et l'indemnité du mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat sont calculés en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée (al. 1). Le tarif horaire des avocats est de 200 fr. au moins et de 400 fr. au plus, pour les mandataires professionnels n'exerçant pas la profession d'avocat, il est de 100 fr. au moins et de 300 fr. au plus (al. 2).

En présence d'une contestation du montant de l'indemnité allouée au titre de l'assistance juridique, l'autorité doit déterminer si, lors de la fixation de ce montant, l'administration a violé les prescriptions pertinentes ou si elle a exercé son pouvoir d'appréciation de manière excessive (ATF 131 V consid. 6.2 et les références citées). A cet égard, le Tribunal fédéral a jugé que les tarifs cantonaux relatifs aux honoraires d'avocats ne pouvaient pas être pris en compte. Ainsi, pour l'activité déployée par un avocat, un tarif horaire de 200 fr., hors TVA, devait être reconnu conforme aux exigences du droit fédéral ce quand bien même, dans le cas d'espèce, le tarif cantonal s'avérait plus généreux (ATF 131 V 153 consid. 6.2 et 7).

b) En l'espèce, il faut relever en premier lieu que le grief de violation du droit d'être entendu soulevé par Me B. _____ dans son premier recours, puis réitéré dans son second recours, tombe à faux dans la mesure où une décision topique séparée et motivée lui a été communiquée le 21 février 2022 lui permettant de comprendre les motifs fondant la décision et de les contester utilement. Aussi, il y a lieu de considérer que la motivation était suffisante pour être comprise et attaquée. Le fait que la motivation ne convienne pas à Me B. _____ relève du fond.

c) Sur le fond, Me B._____ s'est plaint du fait qu'un tarif horaire de 200 fr. avait été appliqué à sa note d'honoraires 17 octobre 2021 totalisant 21.75 heures. Il a réclamé l'application d'un tarif de 300 fr., alléguant que cette rétribution entrerait dans la fourchette de 200 fr. à 400 fr. prévu par l'art. 10 al. 2 FITAF. Il a également fait valoir le fait que le tarif horaire de 300 fr. avait été établi compte tenu de la grande complexité de la situation médicale propre à l'assuré, de la pluralité des normes applicables, du flou et des ambiguïtés créées et entretenues par l'intimée ainsi que de son expérience en tant que mandataire.

En l'occurrence, l'office intimé a appliqué aux heures effectuées par l'avocat une rétribution correspondant au minimum fixé par l'art. 10 al. 2 FITAF. Or, comme on l'a vu (cf. consid. 11a *supra*), cette rétribution minimale n'est pas critiquable en tant que telle et ne peut être contestée au seul motif qu'un tarif cantonal prévoirait une gratification plus élevée. Au demeurant, on ne voit pas quels motifs imposeraient d'appliquer aux heures consacrées à la procédure administrative litigieuse une rétribution différente de celle retenue par l'autorité précédente. Sur ce point, il y a lieu de relever que le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 ; TF 8C_775/2012 du 29 novembre 2012 consid. 3.3 et 9C_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.2). Il découle de ce qui précède que le tarif horaire fixé par l'office intimé pour déterminer le montant dû au titre de l'assistance juridique échappe à la critique.

d) La difficulté d'un litige n'est pas déterminée par le fait que les questions de fait ou de droit qui se posent dans le cas concret soient nouvelles ou non pour un représentant de partie. Le degré de difficulté d'un litige ne résulte pas de l'expérience professionnelle subjective d'un représentant juridique et de ses connaissances juridiques individuelles, mais objectivement de la complexité des faits à juger et des questions juridiques qui se posent, ainsi que de l'ampleur du dossier à traiter. Lors

de l'évaluation de la charge de travail et du temps nécessaire, le juge des assurances sociales peut également tenir compte, selon une jurisprudence constante, du fait que le procès en matière d'assurances sociales, à la différence du procès civil, est dominé par la maxime inquisitoire, ce qui facilite dans de nombreux cas l'activité de l'avocat. Ceux-ci ne doivent être pris en compte que dans la mesure où l'avocat se tient dans un cadre raisonnable dans l'accomplissement de sa tâche, à l'exclusion de démarches inutiles ou autrement superflues (TFA I 786/05 du 12 septembre 2006 consid. 4.1 et les références citées).

En l'espèce, la présente cause ne sort pas de l'ordinaire. En effet, les normes applicables ne sont pas particulièrement ardues à définir ou à interpréter et le cas de l'assuré ne présente pas de complexité particulière, étant rappelé qu'il s'agit de la résolution partielle du cas, la rechute à l'automne 2020 faisant l'objet d'une procédure séparée. La liste des opérations doit correspondre au travail raisonnablement attendu d'un avocat et il ne saurait être admis qu'un avocat multiplie les opérations ou que son client profite de l'assistance judiciaire pour demander à son avocat un travail qu'il n'aurait pas admis s'il avait dû payer son avocat avec ses propres deniers. En outre, l'avocat a fait valoir que le traitement des correspondances se limitant à trois minutes devait être rétribué en s'appuyant sur une jurisprudence du Tribunal fédéral rendue en matière de droit privé. Or, le devoir d'instruction de l'administration et du tribunal n'est pas le même en droit public et nécessite moins d'intervention de la part de l'avocat. De plus, le fait de ne pas systématiquement écarter les opérations relatives à la prise de connaissance des courriers ne signifie pas pour autant que, comme le voudrait voir reconnu l'avocat, toutes les activités déployées puissent être retenues.

e) En définitive, l'appréciation de l'intimée selon laquelle l'activité facturée par l'avocat d'office excède ce qui doit être admis peut être suivie au vu de la complexité ordinaire du cas, sans question ou norme sortant du cadre habituel dans ce genre de cas et surtout pour une période temporelle limitée.

12. a) En conclusion, les recours doivent être rejetés et les décisions attaquées confirmées.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que les recourants n'obtiennent pas gain de cause et que l'intimée agit en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

c) Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Celui-ci a produit une liste d'opérations du 4 septembre 2023 qui fait état de 18 heures 19 consacrées à la présente procédure, ainsi que de frais de copies par 51 fr. 30 et de frais de timbres et téléphones par 37 fr. 90. Vérifiée d'office, la liste des opérations ne peut être intégralement suivie. En effet, elle fait état d'opérations effectuées entre les mois de septembre et décembre 2022 alors même qu'aucun échange n'a eu lieu avec la Cour de céans pendant ce laps de temps. Les opérations figurant dans la liste produite ont en réalité trait à une seconde procédure d'opposition entamée par le recourant dans le cadre d'une nouvelle décision rendue par l'intimée le 22 septembre 2022 (cf. courrier du 10 février 2023). Ainsi, on ne saurait tenir compte de ces opérations qui sortent du cadre du présent dossier. En conséquence, le nombre d'heures nécessaire au présent mandat doit être ramené à [1039 minutes - 281 minutes = 758 minutes] 12 heures 38 auquel on peut ajouter l'heure supplémentaire prévue par Me B. _____ pour les opérations à venir. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr., l'indemnité de Me B. _____ doit être arrêtée à 2'454 fr., montant auquel il convient d'ajouter les débours par 122 fr. 70 (2'454 fr. x 5 % [et non pas 2 % comme retenu à tort par Me B. _____, cf. art. 3^{bis} al. 1 RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3)] ainsi qu'une TVA à 7,7 % (7,7 % x 2'576 fr. 70 = 198 fr. 40) pour arriver à un montant total de 2'775 fr. 10 (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ). S'agissant des débours, on relèvera que la liste d'opérations produite fait état de montants en lien avec les frais de copies, de timbres et de téléphones. Si l'avocat entendait que ces

montants soient pris en compte en sus du défraiement forfaitaire des débours, ce qui n'est pas clair en l'espèce, on rappellera à cet égard que ceux-ci comprennent les frais de photocopies, d'acheminement postal et de télécommunication (art. 3^{bis} al. 2 RAJ) et qu'on ne saurait dès lors tenir compte de montants supplémentaires à titre de copies et de timbres et téléphones.

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Les causes AA 8/22 et 41/22 sont jointes.
- II.** Le recours interjeté le 17 janvier 2022 par U._____ est rejeté.
- III.** Le recours interjeté le 23 mars 2022 par B._____ est rejeté.
- IV.** Les décisions rendues les 26 novembre 2021 et 21 février 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents sont confirmées.
- V.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- VI.** L'indemnité d'office de Me B._____, conseil du recourant, est arrêtée à 2'775 fr. 10 (deux mille sept cent septante-cinq francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me B._____ (pour lui-même et U._____),
- 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 :