

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 août 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Girod

Cause pendante entre :

P. _____, à [...] ([...]), recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, avocate à Lausanne

Art. 4 et 16 LPGA ; art. 15 et 24 LAA.

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien automobile, a été engagé en 2011 en qualité de « *Mechanic Product Specialist* » (monteur externe) à plein temps auprès de S._____ SA (ci-après : l'employeur). A ce titre, il est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 11 août 2018, au cours d'une mission professionnelle en Russie, l'assuré, qui sortait d'un bar en étant fortement alcoolisé, a vraisemblablement chuté et heurté sa tête contre le sol. A la suite de ce choc, il a souffert d'un accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC) ischémique subaigu bulbaire paramédian gauche sur dissection occlusive de l'artère vertébrale gauche dans sa portion V3-V4, responsable d'un hémisyndrome moteur et ataxique brachio-crural droit, apparu le 25 août 2018 (rapport de sortie du Centre [...] du Centre hospitalier universitaire vaudois [ci-après : CHUV] établi le 3 octobre 2018 par le Dr V._____ et la Dre J._____, tous deux spécialistes en neurologie, ainsi que par le Dr C._____, médecin assistant, à l'intention du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale).

Aux termes de la déclaration de sinistre remplie par l'employeur le 29 août 2018, le salaire de base annuel de l'assuré était de 84'105 fr., treizième salaire compris, auquel s'ajoutait la somme de 3'157 fr. 62 par mois à titre de « primes/heures supplémentaires ». En outre, selon les déclarations de l'assuré, celui-ci passait en moyenne deux cent trente jours par an en mission chez des clients (procès-verbal d'audition du 14 novembre 2018 devant la CNA).

L'assuré a été hospitalisé au CHUV du 1^{er} au 25 septembre 2018, période au cours de laquelle un premier examen neuropsychologique a retrouvé une légère perturbation du graphisme, le reste des valeurs étant dans la norme, sans contre-indication à la conduite

ou à la reprise professionnelle future (cf. rapport de sortie du 3 octobre 2018 précité).

L'intéressé a effectué un premier séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 25 septembre au 7 novembre 2018. Selon l'examen neuropsychologique réalisé les 27 septembre et 2 octobre 2018, I._____, docteur en psychologie et spécialiste en neuropsychologie, et Y._____, neuropsychologue, ont mis en évidence ce qui suit :

« **CONCLUSION** : ce complément d'examen neuropsychologique réalisé chez un patient collaborant et globalement adéquat, vif, nosognosique, met en évidence un ralentissement à une épreuve de dextérité manuelle fine, ainsi qu'une fatigabilité observée en fin d'examen et rapportée par le patient. Par ailleurs, les performances à l'ensemble des autres domaines cognitifs investigués (langage, mémoire, fonctions exécutives, capacités attentionnelles et raisonnement) se situent globalement dans la norme.

Les difficultés objectivées ce jour sont de nature à entraîner des limitations sur le plan professionnel. Les aspects de fatigue sont notamment à risque de diminuer les performances sur une durée prolongée. Aussi, leur appréciation devrait également être faite sur une durée plus longue que celle d'un examen neuropsychologique et dans un contexte plus écologique.

De ce fait, un réentraînement aux ateliers professionnels nous semble être la priorité. Un suivi neuropsychologique n'est pas indiqué. Le patient a été informé que nous restions à disposition durant le séjour si besoin ».

En outre, la physiothérapeute U._____ a indiqué en conclusion de son « Rapport vertiges et instabilités » du 28 novembre 2018, que l'assuré n'avait plus de vertige et présentait une bonne amélioration de la fonction d'équilibration, impliquant un arrêt des chutes en vestibulaire et une très forte diminution de la surface de déplacement de la posturographie dynamique informatisée (CDP).

Au terme de ce séjour, dont la rééducation neurologique était axée sur une amélioration de la stabilité de la marche et de la coordination, les médecins ont repris les conclusions du bilan

neuropsychologique précité quant aux limitations sur le plan professionnel. Ils ont également relevé une nette amélioration au niveau de la marche, l'assuré étant autonome pour tous les déplacements, qu'il effectuait sans moyen auxiliaire, en sécurité et sans limitation de périmètre. En outre, à la suite de son réentraînement aux ateliers professionnels, ils ont préconisé une reprise thérapeutique de l'activité au début 2019, avec une limitation provisoire du taux d'occupation (lettre de sortie du 22 novembre 2018 établie par les Drs A. _____ et K. _____, tous deux spécialistes en médecine physique et réadaptation, et la Dre N. _____, médecin assistante).

Ainsi, l'assuré, totalement incapable de travailler depuis le 26 août 2018, a progressivement repris une activité auprès de l'employeur dès le 1^{er} février 2019 (feuille de route BT [Bourse du Travail] du 18 février 2019).

L'intéressé a été réexaminé le 29 janvier 2019 par le Dr V. _____ et le Dr T. _____, médecin assistant, à la Consultation spécialisée [...]. Aux termes de leur rapport du 13 mai 2019, une angio-IRM (imagerie à résonance magnétique) cérébro-cervicale, effectuée le 21 mars 2019, avait mis en évidence la résorption de la composante d'hématome pariétal de l'artère vertébrale gauche avec cicatrisation sous forme d'occlusion complète de la portion V4 de l'artère vertébrale gauche. Sur le plan professionnel, ces médecins ont indiqué que la persistance d'un hémisyndrome ataxique prédominant au membre supérieur droit diminuait la capacité de travail de 20 % environ dans l'activité habituelle.

Dans un rapport d'appréciation neurochirurgicale du 15 avril 2019, la Prof. M. _____, spécialiste en neurochirurgie, a conclu que l'occlusion de l'artère vertébrale était d'origine traumatique et, selon la vraisemblance prépondérante, une suite de l'événement du 11 août 2018, avec des séquelles ischémiques documentées et des déficits neurologiques et cognitifs associés.

A la suite de cette appréciation, la CNA a pris en charge le cas (courrier du 26 avril 2019) et alloué à l'assuré une indemnité journalière d'un montant de 267.40 fr. (courrier du 29 avril 2019), fondée sur un gain assuré de 121'996 fr. 45 (cf. bordereau « Détail de l'indemnité journalière » du 29 janvier 2020).

L'assuré a été réexaminé en consultation de neuro-rééducation auprès de la CRR le 19 juillet 2019. Selon le rapport de consultation établi le 23 juillet 2019 par le Dr A._____, la situation médicale n'était pas stabilisée. S'agissant des limitations fonctionnelles, la persistance d'une déficience neurologique, sous forme d'une hémihypoesthésie épicrotique droite ataxique, était à l'origine d'une limitation en dextérité fine obligeant à un contrôle visuel et d'une limitation à la marche sans repère visuel. Il demeurait une fatigabilité relativement marquée obligeant l'assuré à un repos quotidien d'une à deux heures après des activités fonctionnelles de cinq heures par jour. Le spécialiste a également fait état de la persistance de troubles visuels lors du travail sur ordinateur et indiqué que l'assuré n'avait rapporté aucun évènement médical intercurrent hormis un épisode d'infection urinaire fébrile.

L'assuré a été examiné au sein du Service [...] le 20 janvier 2020. Dans son rapport du 19 mars 2020 adressé au Dr Z._____, spécialiste en radiologie, le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué ce qui suit, après avoir procédé à un examen clinique de l'intéressé :

« **Conclusions, traitement et évolution**

Par rapport aux troubles de la sensibilité très légers et les fourmillements que le patient signale à l'extrémité des doigts, ils pourraient être en première ligne liées à la lésion vasculaire mais il faudrait aussi si possible écarter un déficit de vitamine B.

Je vous demanderai donc cher collègue de bien vouloir doser le taux de vitamine B12, acide folique, chez ce patient.

Par rapport à la fatigue, je transmets le dossier à mon collègue, Dr B._____, pour une prise en charge et dans le groupe fatigue de notre service ».

Selon les déclarations de l'intéressé, les résultats des tests sanguins, réalisés en février 2020, n'avaient rien révélé quant aux fourmillements qu'il éprouvait à la main droite et au thorax (notice téléphonique de la CNA du 20 avril 2020).

Le 28 avril 2020, l'assuré s'est fracturé le grand trochanter droit au cours d'une chute à vélo, atteinte dont il s'est par la suite pleinement rétabli (rapport d'examen final du 4 juin 2021 de la Dre Q._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement auprès de la CNA).

Il a été examiné à la consultation spécialisée [...] du Dr B._____, spécialiste en neurologie, en date des 13 et 25 mai 2020. Dans un rapport du 3 septembre 2020 adressé au Dr Z._____, le Dr B._____ a relevé la présence d'un hémisyndrome sensitivo-moteur léger brachio-crural droit et d'un hémisyndrome ataxique (statique, locomoteur et cinétique), ainsi que des troubles du comportement et émotionnels de type anxio-dépressif, associés à de légers troubles cognitifs (fonctions exécutives [défaut de flexibilité] et attentionnelles [attention soutenue, vitesse de traitement]). Il en a conclu ce qui suit :

« Conclusions, traitement et évolution

Nous revoyons le patient dans le cadre de la consultation dédiée à la fatigue et aux difficultés cognitivo-comportementales consécutives à un AVC bulbaire.

L'histoire médicale, l'anamnèse et le bilan neurocomportemental semi-quantitatif confirment la persistance d'une fatigue primaire modérée à sévère, associée à des difficultés comportementales, thymiques et, dans une moindre mesure, cognitives qui se manifestent principalement par une tendance à l'impulsivité, une diminution de la motivation et un état anxio-dépressif. Cette symptomatologie s'explique à la fois par la dimension organique de l'AVC (fatigue primaire par la lésion et phénomène de diaschisis avec perturbations des boucles sous-cortico-frontales soutenant les fonctions comportementales, émotionnelles et cognitives) que par le stress généré (perturbation d'origine exogène de la thymie et accentuation psychologique de la fatigue). Par conséquent, cette séquelle est de nature à interférer avec la qualité de vie du patient, surtout sur le plan professionnel, en regard du fait qu'il n'a pas recouvré l'entièreté de ses performances professionnelles qui prévalaient avant l'événement

cérébrovasculaire ; par contre, son autonomie dans les activités instrumentales complexes demeure préservée. Dans ce contexte, la prise en charge doit être intégrée dans une approche multimodale, comprenant les dimensions psychiques (contrôle de la thymie), cognitives (traitement des fonctions neuropsychologiques potentiellement influençables par la fatigue et la baisse thymique, comme la mémoire de travail et l'attention) et de la fatigue en tant que tel. Par conséquent, nous complétons cette évaluation de départ par un examen neuropsychologique complémentaire et un bilan neuropsychiatrique. Nous reverrons le patient pour une synthèse en septembre 2020.

A noter encore que ce tableau cognitivo-comportemental se complète d'un trouble moteur, sensitif et ataxique affectant l'hémicorps droit mais dont l'impact fonctionnel est négligeable. De plus, le patient maintient une activité physique soutenue et régulière lui permettant de préserver une fonctionnalité motrice et locomotrice quasi-complète. Dans ce contexte, nous ne proposons pas de prise en charge thérapeutique spécialisée.

Proposition

- Évaluation de contrôle à notre consultation spécialisée après les bilan neuropsychologiques et psychiatrique en septembre 2020 (déjà organisée par notre service)
- Bilan neuropsychologique orienté sur la fatigue
- Bilan psychiatrique ».

Sur demande du Dr B._____, l'assuré a donc fait l'objet d'un examen neuropsychologique, en vue de l'établissement d'un bilan comparatif ciblé sur la fatigue, la mémoire de travail et l'attention, le 2 juillet 2020 au sein du Service [...]. Dans leur rapport du 17 août 2020, la Prof. S._____, médecin praticienne, R._____, psychologue, et X._____, stagiaire, ont indiqué ce qui suit :

« Conclusion

Cet examen neuropsychologique, réalisé chez ce patient collaborant activement, met en évidence un léger fléchissement des fonctions attentionnelles, notamment au niveau de la vitesse de traitement, discrètement ralentie, et des capacités de concentration qui sont également diminuées. Par ailleurs, on note un ralentissement dans une épreuve de dextérité manuelle fine aux deux mains, ainsi qu'une fatigue physique et cognitive autorapportée sévère. Les déficits attentionnels discrets notés sont susceptibles de diminuer légèrement le rendement (-10% environ). En comparaison au dernier examen réalisé du 27.09 au 02.10 2018 à la Clinique Romande de Réadaptation, on ne note pas d'amélioration, voire plutôt une légère péjoration sur le plan attentionnel.

Le patient a reçu quelques conseils pour une meilleure gestion de sa fatigue au quotidien, conseils qu'il semble déjà appliquer en partie ».

A la suite de ce bilan, l'assuré a été réexaminé par le Dr B. _____ le 1^{er} septembre 2020, lequel a relevé ce qui suit dans un nouveau rapport du 3 septembre 2020 :

« **Conclusions, traitement et évolution**

Impression:

- Plan cognitif: fonctions cognitive stables avec persistance discrets troubles attentionnels, fatigue sévère, et troubles exécutifs comportementaux
- Plan de la thymie: bien compensée ne requérant pas de prise en charge particulière
- Plan professionnel:
 - o **Taux exigé probablement maximal (actuellement 80%) avec risques non exclus de surcharge à terme**
 - o **Rendement diminué de 10%** donc 60-70% d'activité effectif
 - o => capacités préservées pour son activité professionnelle actuelle à 80% (probablement limite supérieure), mais en raison des séquelles, optimisation potentielle des performances en adaptant le cahier des charges

Proposition spécifique:

- Pas d'argument pour solliciter AI
 - o Mais arguments explicites pour adapter cahier des charges
- Pas de traitement neuropsychologique à proposer car optimisation intégrée (fonctionnement probablement optimal)

Proposition

- Pas de suivi d'office mais à disposition pour discuter d'un changement de cahier des charges avec employeur ».

A l'issue d'une séance avec l'employeur, le gestionnaire en charge du dossier auprès de la CNA a protocolé les propos de l'infirmière de l'entreprise, selon laquelle l'assuré, qui souffrait encore de sensibilité au bruit, craignait de se retrouver dans un environnement bruyant chez un client et que cela limite ses capacités (procès-verbal du 25 septembre 2020 relatif à la séance « long cas accidents » du 15 septembre 2020).

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la CRR du 11 janvier au 3 février 2021. Dans ce cadre, il a notamment fait l'objet d'un examen neuropsychologique le 28 janvier 2021, au cours duquel O._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a relevé que le patient n'avait rapporté aucune plainte sur le plan cognitif, tout en indiquant une certaine fatigue cérébrale, en amélioration, et des fourmillements dans les mains. Sur demande, il n'avait pas évoqué de plainte dans la sphère cognitivo-comportementale, mais indiqué être parfois dérangé par le bruit. La psychologue a terminé son rapport comme suit :

« **CONCLUSION**

Synthèse des résultats : comparativement au dernier examen effectué au CHUV en juillet 2020, cet examen neuropsychologique, réalisé chez un patient collaborant, quelque peu sur la défensive, met en évidence la persistance:

- de légers troubles attentionnels, caractérisés par des difficultés à une épreuve papier-crayon d'attention sélective et soutenue (faible rendement et erreurs) et des difficultés à une tâche informatisée d'attention divisée (nombre d'omissions significatif), ainsi qu'une légère fatigabilité observée sur une durée de 120 minutes;
- un ralentissement à une épreuve de dextérité fine (plus marqué à droite qu'à gauche, chez ce patient gaucher).

Appréciation : ce tableau neuropsychologique est valide s'inscrit de manière cohérente dans le contexte de l'AVC ischémique bulbaire de septembre 2018. En outre, ce profil cognitif est compatible avec les données de la littérature récente décrivant une moindre endurance attentionnelle et une fatigue/fatigabilité résiduelle chez certains patients avec atteinte bulbaire.

Répercussions fonctionnelles : sur le plan professionnel, des difficultés peuvent être attendues lors de sollicitations attentionnelles plus exigeantes (notamment en termes de durée) que celles mises en œuvre lors du présent examen, avec une fatigabilité susceptible de diminuer les performances tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Dans ce contexte, le maintien du taux à 90% dans le poste actuel (ne nécessitant pas de déplacements à l'étranger) nous paraît donc adéquat ».

Selon la lettre de sortie de la CRR du 11 mars 2021, les Drs A.____ et K.____ ainsi que la Dre H.____, médecin assistante, ont retenu le diagnostic principal d'AVC ischémique bulbaire paramédian gauche sur dissection occlusive de l'artère vertébrale gauche

(portion V3-V4), d'origine probablement traumatique, avec hémisyndrome moteur brachio-crural droit partiellement régressif, hémisyndrome ataxique brachio-crural droit partiellement régressif, hémisyndrome sensitif brachio-crural droit partiellement régressif, dysarthrie régressive, fatigue primaire et troubles neuropsychologiques avec fatigue, troubles de l'attention (ralentissement de la vitesse de traitement, baisse de l'attention soutenue), troubles exécutifs cognitifs comportementaux (impulsivité) et émotionnels (labilité). Sur le plan professionnel, ils ont relevé que toute modification de l'environnement de travail qui pourrait augmenter les sollicitations attentionnelles, l'environnement sonore ou la durée de travail était susceptible de porter préjudice aux capacités de travail du patient. Ce dernier n'était ainsi plus en capacité fonctionnelle de poursuivre le travail effectué antérieurement à l'accident. Au terme du séjour, les médecins ont considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et arrêté la capacité résiduelle de travail à 80 %, avec un rendement entier, du fait d'une fatigabilité cognitive légère à modérée. Ils ont également conclu à l'existence d'une limitation dans les tâches manuelles du membre supérieur droit sans contrôle visuel ou dans les tâches à grande fréquence de répétition de mouvement avec précision – comme la frappe de clavier – du fait des troubles sensitifs épicritiques.

Sur demande de la CNA, l'employeur a indiqué par courriel du 11 mars 2021 que le gain présumable perdu par l'assuré en 2021 correspondait à 85'050 fr. de salaire de base, treizième salaire compris (6'300 fr. x 13.5 mois).

Par avenant au contrat de travail du 10 mai 2021, l'employeur et l'assuré sont convenus que celui-ci travaillerait en qualité de « *Technical Analyst IB & S-BOM* » à 80 % dès le 1^{er} mai 2021, pour un salaire annuel brut de 68'040 fr. (5'040 fr. x 13.5 mois), en contrepartie d'une activité de trente-deux heures hebdomadaires.

Le 3 juin 2021, l'assuré a été vu par la Dre Q._____, laquelle a renoncé à procéder à un examen médical en raison du dossier qu'elle considérait suffisamment documenté. Elle a fait siens les diagnostics

posés lors du dernier séjour à la CRR, confirmé la stabilisation de l'état de santé et arrêté les limitations fonctionnelles suivantes en raison des troubles de l'équilibre et de l'hémisyndrome moteur ataxique sensitif partiellement régressif : pas d'activité nécessitant un rendement élevé, une dextérité fine ou une attention soutenue, activité permettant de faire quelques pauses durant la journée, pas d'activité nécessitant de faire des déplacements à l'étranger ou du travail de force, pas d'activité nécessitant une planification importante ou des marches en terrains irréguliers, pas d'activité sur des échelles ou des échafaudages ou des escabeaux. Le médecin d'arrondissement a également repris les limitations fonctionnelles relatives aux troubles sensitifs épicritiques figurant dans la lettre de sortie de la CRR : pas de tâches manuelles du membre supérieur droit sans contrôle visuel ni de tâches à grande fréquence de répétition de mouvements et de précision (frappe de clavier par exemple). Compte tenu de ces limitations et de la capacité de travail de 80 % avec un rendement de 100 %, elle a considéré que la nouvelle activité exercée par l'assuré était adaptée.

Au terme de son examen, la Dre Q. _____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 35 %. Elle a motivé ce taux de la manière suivante (estimation de l'atteinte à l'intégrité du 4 juin 2021) :

« On peut lire dans la table 8 des atteintes à l'intégrité pour les complications psychiques des lésions cérébrales (réf. 2870/8.f - 2002 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA) qu'une atteinte modérée correspond à une légère diminution de certaines fonctions cognitives. Sont touchés en particulier l'attention soutenue, la mémorisation lors d'exigences accrues ou certaines fonctions exécutives complexes (planification et résolution de problèmes), on note sur le plan psychique une discrète altération de la personnalité induite par de légers troubles de l'élan ou de l'affect ou légers troubles de la faculté critique. Le patient agit dans son milieu social de façon pratiquement inchangée et l'exercice de l'ancienne activité professionnelle est possible pour les professions requérant des facultés cognitives élevées, le fonctionnement est diminué.

Une telle atteinte correspond à un taux d'IpAI de 20 %.

On notera encore que l'assuré présente des troubles légers de l'équilibre qui correspondent à un taux d'IpAI de 5 % selon la table 14 des atteintes à l'intégrité en cas de

troubles de l'équilibre (réf. 2870/14.f - 2002 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA).

Du fait d'une limitation dans les tâches manuelles du MSD [membre supérieur droit] sans contrôle visuel ou dans les tâches à grande fréquence de répétition de mouvements et de précision on retiendra un taux d'IpAI supplémentaire de 10 % qui pourrait correspondre par analogie, en tenant compte des limitations fonctionnelles, à une périarthrite scapulo-humérale moyenne dont le taux d'IpAI est de 10 % ou alors à une paralysie du nerf cubital distal (musculature intrinsèque de la main).

Au total, l'assuré présente donc des séquelles de l'événement du 11.08.2018 qui correspondent à un taux d'IpAI de 35 % ».

Par courrier du 21 juin 2021, la CNA a informé l'assuré du fait qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et à l'indemnité journalière au 30 juin 2021.

Par décision du 12 août 2021, la CNA lui a octroyé une rente fondée sur un taux d'invalidité de 20 % ainsi qu'une IPAI d'un taux de 35 %.

L'assuré, représenté par Me Olivier Carré, a formé opposition à l'encontre de cette décision le 27 août 2021. Il a notamment contesté le montant de sa perte de gain et l'évaluation de l'IPAI, laquelle devait selon lui atteindre 50 % au moins compte tenu de l'ensemble des troubles cognitifs et moteurs présents (fourmillements et perte de la motricité fine de la main droite, perturbations du système reproductif, notamment dysfonction érectile et incapacité à l'éjaculation, troubles de l'équilibre).

Il a complété son opposition le 30 septembre 2021 en émettant des critiques quant au rendement complet retenu dans son activité adaptée au terme de son dernier séjour à la CRR. Au surplus, il a chiffré sa perte de gain à 44,22 % (121'996 fr. 45 - 68'040 fr.) et conclu à l'octroi d'une IPAI de 60 %. Il a produit divers documents, dont un courrier du 22 octobre 2020 adressé au Dr L._____, dans lequel le Dr W._____, spécialiste en urologie, retenait le diagnostic de dysfonction érectile légère d'étiologie multifactorielle sans cause hormonale. Ce spécialiste rapportait

que le traitement proposé, dont il recommandait la diminution progressive de la posologie, avait permis une amélioration de la fonction érectile. Était également annexé un courrier du 9 septembre 2021 de la main de D._____, compagne de l'assuré, laquelle indiquait qu'en raison de la situation, le désir sexuel et la libido de son compagnon s'étaient amoindris et que des dysfonctionnements s'en étaient suivis.

Invité à préciser le gain présumable perdu en raison des atteintes à la santé, l'employeur a indiqué à la CNA, par courriel du 1^{er} mars 2022, que le montant que l'assuré aurait perçu en 2021 pour les primes de montage et heures supplémentaires, en comparaison avec un collaborateur du même âge, de même poste et du même niveau d'expérience (expert), aurait été de 35'162 fr., pour environ 200 jours voyagés. Il a précisé que l'assuré faisait partie de ses « meilleurs monteurs externe qui voyageait le plus ».

Par décision sur opposition du 16 mars 2022, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré et réformé la décision du 12 août 2021 en ce qu'il avait droit à une rente d'invalidité d'un taux de 43 % dès le 1^{er} juillet 2021, après rectification du revenu sans invalidité à 120'212 fr., tout en la confirmant quant à la fixation du taux de l'IPAI.

B. Par acte du 2 mai 2022, P._____, par l'intermédiaire de son avocat, a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition du 16 mars 2022, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation et, implicitement, à la réforme de cette décision sur opposition en ce qu'il avait droit à une rente d'invalidité au taux de 44,23 % ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 70 %. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a, pour l'essentiel, repris son argumentation sur opposition quant au montant retenu à titre de revenu sans invalidité et à l'évaluation de l'IPAI. S'agissant de cette dernière, il a allégué que l'intimée n'avait pas tenu adéquatement compte de ses atteintes médico-théoriques (troubles de la sphère sexuelle, auditifs et des fonctions psychiques partielles). Il a notamment joint à son

recours un courrier du 5 avril 2022 du Dr L._____ à son conseil, dans lequel ce médecin attestait que son patient ne lui avait jamais parlé de problèmes érectiles ou d'audition au cours des consultations précédant l'accident de 2018. Était également joint un courrier adressé à son conseil le 5 octobre 2021 par la psychologue spécialisée en psychothérapie E._____, que le recourant avait consultée le 16 septembre 2021 en raison de palpitations. Cette thérapeute indiquait qu'elle n'avait pas d'élément à ajouter à ceux que Me Carré avait portés à la connaissance de la CNA.

Par pli du 18 août 2022, le recourant a notamment produit un courrier adressé à son conseil le 6 mai 2022, dans lequel le Prof. F._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, retenait le diagnostic d'acouphène tonal bilatéral, dont l'inventaire (THI) mettait en évidence une gêne de degré faible. Les examens menés avaient orienté ce spécialiste vers un acouphène subjectif sans support « organique », raison pour laquelle le traitement proposé s'orientait vers des médecines complémentaires (notamment amélioration de l'hydratation, ostéopathie crano-sacrée et drainage homéopathique du vaccin Moderna). Il a également joint un courrier adressé par le Dr L._____ à son conseil en date du 10 juin 2022, lequel indiquait que son patient lui avait fait part de troubles de l'équilibre et de l'audition, dont il ne lui avait jamais parlé auparavant. Bien que ce médecin n'ait jamais investigué ces troubles, il était, selon lui, clair que l'AVC avait joué un rôle dans l'apparition de cette pathologie.

Dans sa réponse du 25 août 2022, la CNA, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition entreprise. Elle a en substance allégué que tant l'établissement du revenu sans invalidité que l'appréciation médicale de la Dre Q._____ ne prêtaient pas le flanc à la critique.

Le recourant a répliqué le 20 septembre 2022, alléguant être en proie à des acouphènes, tels qu'attestés par le Prof. F._____, qui

perturbaient lourdement sa qualité de vie. En outre, il a admis la cotation de 5 % relative à l'atteinte à l'intégrité pour ses troubles de l'équilibre.

L'intimée a confirmé ses conclusions par duplique du 11 novembre 2022.

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 compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) 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 les taux de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents allouées au recourant.

3. **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure

extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) 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).

c) 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). 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). Ainsi, 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).

d) Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc*

ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

e) 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).

4. En l'occurrence, il est constant que l'intimée, se fondant sur l'examen final de la Dre Q._____, lequel corrobore l'appréciation de la CRR, retient l'existence d'une capacité de travail de 80 % avec un rendement de 100 % dans une activité adaptée. Il n'apparaît pas clairement que le recourant conteste ces éléments dans la présente procédure, alors qu'il le faisait dans le cadre de son opposition, dont le texte complet est reproduit dans son acte de recours. Cela étant dit, tant la capacité de travail que le rendement peuvent être confirmés, dans la mesure où il n'existe pas de rapport médical au dossier de nature à jeter un doute sur leur appréciation, convaincante et motivée, et que l'emploi

réel du recourant, qualifié d'adapté aux séquelles de ce dernier, concorde avec ces critères.

Le recourant conteste en particulier le calcul du taux d'invalidité opéré par l'intimée, singulièrement quant au montant retenu à titre de revenu sans invalidité.

a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. 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).

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

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1).

d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé

avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 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).

e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 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).

f) En l'occurrence, l'intimée a déterminé le revenu sans invalidité que le recourant aurait effectivement réalisé dans le cadre de son activité habituelle, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé. Elle s'est, conformément aux réquisits jurisprudentiels en la matière, fondée sur les renseignements chiffrés communiqués par l'employeur au moment déterminant pour la naissance de la rente, c'est-à-dire en 2021.

Constatant que celui-ci avait uniquement indiqué un salaire de base annuel de 85'050 fr., à l'exclusion de toute prime de montage ou d'heure supplémentaire, alors que le recourant en percevait pourtant de manière régulière avant son accident, l'intimée a interpellé l'employeur. En comparaison avec le revenu réalisé par un employé « du même âge, de même poste et du même niveau d'expérience (expert) », l'employeur a alors indiqué que le recourant aurait perçu un montant de 35'162 fr. à ce titre, pour environ deux cents jours voyagés. Ce nombre de jours

correspond d'ailleurs à l'ordre de grandeur indiqué par le recourant lors de son audition par l'intimée (cf. procès-verbal du 14 novembre 2018). Ainsi, cette dernière retient un revenu sans invalidité de 120'212 fr. (85'050 fr. + 35'162 fr.) pour l'année 2021.

Il n'existe pas de motif de s'écarter des montants retenus par l'intimée. C'est en particulier à tort que le recourant se fonde sur le gain assuré sur la base duquel l'intimée a déterminé le montant de l'indemnité journalière qui lui a été allouée. En effet, le gain assuré, déterminant pour le montant de l'indemnité journalière (art. 15 al. 2 LAA), et le revenu sans invalidité, sur lequel se fonde le calcul du taux d'invalidité (art. 16 LPG), ne se confondent pas et ne se calculent pas de la même manière.

Au surplus, le recourant ne conteste pas le montant du revenu avec invalidité retenu par l'intimée, lequel correspond au salaire qu'il réalise effectivement depuis le 1^{er} mai 2021 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (68'040 francs). L'établissement du revenu avec invalidité échappe partant également à la critique.

g) Par conséquent, le taux d'invalidité, adéquatement arrêté à 43 % par l'intimée, peut être confirmé. Ce grief est ainsi mal fondé.

5. Dans un autre moyen, le recourant conteste l'évaluation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle l'intimée a procédé.

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.

b) 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).

c) 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).

d) 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.

e) 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).

6. a) En premier lieu, il convient de rappeler que l'intimée a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en fondant sa décision sur le rapport de la Dre Q._____, laquelle a évalué l'IPAI à un taux de 35 %. Dans son estimation du 4 juin 2021, la médecin d'arrondissement retient que le recourant présente une atteinte modérée d'après la table 8 applicable aux complications psychiques des lésions cérébrales, laquelle fonde une IPAI de 20 %, des troubles légers de l'équilibre, cotés à 5 % selon la table 14, et une limitation dans les tâches manuelles du membre supérieur droit, équivalant à un taux d'IPAI de 10 %, en appliquant par analogie le barème prévu en cas de limitations fonctionnelles résultant d'une périarthrite scapulo-humérale moyenne ou d'une paralysie du nerf cubital distale selon la table 1.

Pour fixer ce taux d'IPAI, la médecin d'arrondissement tient compte des atteintes à la santé en lien avec l'évènement accidentel et ce, en pleine connaissance du dossier du recourant. Ainsi, si la Dre Q._____ a renoncé, d'entente avec l'intéressé, à procéder à un examen médical, elle justifie son choix au regard des examens neurologiques et neuropsychologiques détaillés dont celui-ci a fait l'objet depuis la survenance de son AVC. Elle retient en particulier les constatations diagnostiques arrêtées par les médecins de la CRR dans leur lettre de sortie du 11 mars 2021, établie à l'issue du second séjour du recourant au sein de cet établissement. Ce document constitue le rapport médical le plus récent établi en pleine connaissance de l'anamnèse du recourant,

laquelle a fait l'objet d'une étude circonstanciée, affinée par des examens généraux et spécialisés complets, au cours desquels les médecins et thérapeutes ont également pris en considération les plaintes, spontanées et guidées, de l'intéressé. La description de l'état de santé du recourant est claire, tout comme l'appréciation médicale de celle-ci, dont il ne ressort en particulier pas de contradiction. Dans ce cadre, les médecins retiennent la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé. Enfin, les conclusions des médecins de la CRR sont bien motivées, cohérentes et compréhensibles. Cette lettre de sortie remplit partant les réquisits jurisprudentiels afin que lui soit reconnue une pleine valeur probante.

La Dre Q. _____ fait siens les diagnostics retenus par les médecins de la CRR, soit un AVC d'origine probablement traumatique à l'origine d'un hémisyndrome moteur brachio-crural droit partiellement régressif, d'un hémisyndrome ataxique brachio-crural droit partiellement régressif, d'un hémisyndrome sensitif brachio-crural droit partiellement régressif, d'une dysarthrie régressive, d'une fatigue primaire et de troubles neuropsychologiques, avec fatigue, de troubles de l'attention (ralentissement de la vitesse de traitement, baisse de l'attention soutenue), de troubles exécutifs cognitifs comportementaux (impulsivité) et émotionnels (labilité). Elle en extrait par la suite les atteintes à l'intégrité qu'elle considère importantes et durables .

A cet égard, elle explique, se fondant sur la table 8 applicable en cas de complications psychiques des lésions cérébrales, que la légère diminution de certaines fonctions cognitives présentée par le recourant correspond à une atteinte modérée, en particulier de l'attention soutenue, de la mémorisation lors d'exigences accrues ou de certaines fonctions exécutives complexes, telles la planification et la résolution de problèmes. Sur le plan psychique, les atteintes du recourant équivalent à une discrète altération de la personnalité induite par de légers troubles de l'élan ou de l'affect ou de légers troubles de la fonction critique, au sens de cette même table. L'ensemble de ces atteintes psychiques, y compris cognitives, fonde un taux d'IPAI de 20 %. Cette appréciation est cohérente est convaincante.

S'agissant des légers troubles de l'équilibre dont souffre le recourant, la Dre Q._____ retient qu'ils correspondent à un taux d'IPAI de 5 % selon la table 14 des atteintes à l'intégrité en cas de troubles de l'équilibre. Cette conclusion, qui confirme notamment les observations de la physiothérapeute U._____ dans son « Rapport vertiges et instabilités » du 28 novembre 2018, n'est pas remise en question par des éléments contraires du dossier.

Enfin, à l'égard des limitations du recourant dans les tâches manuelles du membre supérieur droit sans contrôle visuel ou dans les tâches à grande fréquence de répétition de mouvements, elle explique qu'il y a lieu de retenir un taux d'IPAI supplémentaire de 10 %. Cette atteinte ne figurant pas en tant que telle dans le barème contenu à l'annexe 3 OLAA ou dans une table établie par la CNA, la médecin d'arrondissement procède à une application analogique, en fonction du degré de gravité des limitations, du taux d'IPAI arrêté par la table 1 dans des circonstances comparables. Cette manière de procéder est conforme à la jurisprudence et ne prête pas le flanc à la critique.

Vu ce qui précède, les conclusions de la Dre Q._____ reposent sur une appréciation claire et complète de la situation médicale.

b) Le recourant acquiesce à l'évaluation de l'intimée quant à la cotation des complications psychiques résultant de son atteinte cérébrale, de ses troubles de l'équilibre et de ses limitations au niveau de la main droite. Il allègue cependant que l'intimée a mal appréhendé ses atteintes à la sphère sexuelle et auditive, d'une part ; d'autre part, il fait valoir que les atteintes des fonctions psychiques partielles dont il souffre fondent une indemnisation supplémentaire.

aa) Les allégations du recourant quant à l'existence d'une atteinte sur le plan sexuel sont confirmées par pièces, celui-ci ayant fait état d'une « baisse de la libido en raison d'une perte de sensibilité » au cours de l'examen neuropsychologique du 17 août 2020 (cf. rapport de la

Prof. S._____ avec la psychologue R._____ et la stagiaire X._____). De même, le Dr W._____ retient le diagnostic de dysfonction érectile légère d'étiologie multifactorielle sans cause hormonale (cf. courrier du 22 octobre 2020). Toutefois, ces spécialistes ne se prononcent pas sur l'éventuelle origine accidentelle de cette atteinte, condition nécessaire pour l'ouverture du droit à des prestations de l'assurance-accidents (cf. consid. 3b ci-dessus), qui n'est pas non plus rendue vraisemblable à la lecture des éléments médicaux au dossier. Il n'est pas possible de parvenir à une autre conclusion sur la base du courrier du 5 avril 2022 du Dr L._____, lequel atteste que son patient ne lui a jamais relaté de trouble avant la survenance de l'accident de 2018, ou du courrier de la main de sa compagne (cf. courrier du 9 septembre 2021). Tous ces documents ne font que confirmer l'apparition de troubles érectiles et de la libido postérieure à la survenance de l'accident. Or, en déduire que l'évènement accidentel en est la cause *sine qua non* équivaldrait à adopter un raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne suffit pas pour tenir le lien de causalité naturelle comme étant établi à satisfaction de droit (cf. consid. 3d ci-dessus).

S'agissant de l'acouphène tonal bilatéral objectivé par le Prof. F._____ (cf. courrier du 6 mai 2022), il n'existe aucune trace de plaintes spécifiques à ce sujet au dossier, le recourant ayant tout au plus indiqué souffrir de sensibilité au bruit (cf. procès-verbal du 25 septembre 2020) et être parfois dérangé par celui-ci (cf. rapport d'examen neuropsychologique du 28 janvier 2021). Les éléments médicaux au dossier font d'ailleurs, de manière constante, mention de l'audition préservée du recourant. Ces constatations ne sont pas contredites par le Prof. F._____, lequel n'objective pas de support organique en faveur de son diagnostic. En tout état de cause, ni ce spécialiste ni le Dr L._____ (cf. courriers des 5 avril et 10 juin 2022) ne se déterminent sur l'éventuel lien de causalité entre l'évènement accidentel et la survenance de l'atteinte à la santé.

Vu ce qui précède, il n'existe pas d'élément permettant à la Cour de céans de considérer que les atteintes touchant à la sphère

sexuelle et auditive du recourant ont été causées, au degré de la vraisemblance prépondérante, par l'accident du 11 août 2018. C'est donc à bon droit que l'intimée n'en a pas tenu compte lors de la fixation de l'IPAI.

Au demeurant et en toute hypothèse, il est par ailleurs douteux que l'intensité desdites atteintes fût suffisante pour fonder l'octroi d'une indemnisation pour atteinte à l'intégrité. En effet, le recourant échoue à rendre vraisemblable une altération évidente ou grave de son intégrité, ou encore que les atteintes subsisteront durant toute sa vie au même degré d'intensité au moins. Au contraire, le Dr W. _____ indique que la fonction érectile s'améliore à l'aide du traitement médicamenteux prescrit, dont il recommande qui plus est la diminution progressive. Ces constatations diffèrent partant des cas donnant lieu à une indemnisation par l'intimée, laquelle vise la compensation des désagréments liés à la prise périodique et durable de médicaments (cf. Tableau 22 relatif à l'indemnité pour perte d'intégrité en cas de perte des organes sexuels ou de la capacité de reproduction). Quant aux acouphènes, le Prof. F. _____ les qualifie de légers ; en outre, les acouphènes d'intensité subjective faible, quasi-totalement compensés et sans incidence personnelle notable, ne sont pas indemnisés par l'intimée (cf. Table 13 relative à l'atteinte à l'intégrité en cas de tinnitus).

bb) En second lieu, le recourant fait valoir que l'atteinte de ses fonctions psychiques partielles justifie « un taux [d'indemnisation], séparé et distinct, de 10 % », fondé sur l'Annexe 3 à l'OLAA.

Cette annexe prévoit, en cas d'atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration, un taux d'IPAI de 20 %. C'est le lieu de rappeler que le barème arrêté par cette annexe fait office de règle générale, qu'il convient d'appliquer par analogie pour les atteintes spéciales ou qui ne figurent pas dans cette liste.

En cas d'atteinte à l'intégrité psychique, la Division médicale de l'intimée a établi deux tables d'indemnisation. Ainsi, lorsque l'atteinte survient dans le cadre de complications psychiques de lésions cérébrales, l'IPAI est estimée selon la table 8. A teneur de celle-ci, l'évaluation de ces troubles, à l'aide d'un examen neuropsychologique, intègre les éléments touchant tant à la sphère cognitive - qui recouvre notamment les altérations de l'attention, singulièrement les troubles de la concentration, ainsi que de l'apprentissage et de la mémoire - qu'à d'autres facultés psychiques, telle la personnalité. Quant à la table 19, relative à l'atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques d'accidents, celle-ci prévoit expressément que les séquelles résultant vraisemblablement d'une lésion cérébrale organique sont évaluées à l'aide de la seule table 8, qui intègre l'évaluation des troubles organiques, mais aussi des composantes cognitives et émotionnelles tout comme celle des éventuels changements de la personnalité. Ainsi, seules les séquelles psychiques dont la cause n'est pas clairement définie doivent être évaluées de manière distincte à l'aide de la table 19.

Dans son évaluation, la médecin d'arrondissement considère que le recourant présente des troubles psychiques, d'importance modérée, résultant d'une atteinte cérébrale organique au sens de la table 8, soit une légère diminution de certaines fonctions cognitives et d'autres troubles psychiques légers. Les éléments décrits sous cette qualification correspondent à la symptomatologie présentée par l'intéressé, laquelle a été objectivée de manière constante au cours de l'instruction. Il convient de relever dans ce cadre que les tables d'indemnisation permettent une appréciation plus nuancée du cas d'espèce qu'un recours à la règle générale prévue par l'annexe 3 OLAA. Se fonder sur cette dernière pour donner lieu à un taux d'indemnisation complémentaire reviendrait partant à indemniser la même atteinte à double.

S'agissant de la gravité de l'atteinte, les bilans neuropsychologiques figurant au dossier mettent en évidence des résultats majoritairement dans la norme (cf. rapport de sortie du CHUV du 3 octobre 2018 établi par les Drs V. _____ et C. _____ ainsi que par la

Dre J._____ ; rapport des examens des 27 septembre et 2 octobre 2018 conduits par les psychologues I._____ et Y._____ ; rapport du 17 août 2020 de la Prof. S._____ avec la psychologue R._____ et la stagiaire X._____ ; premier rapport du 3 septembre 2020 du Dr B._____ ; rapport du 28 janvier 2021 de la psychologue O._____). De même, en ce qui concerne l'origine des atteintes, l'ensemble des spécialistes ayant examiné le recourant confirme le lien de causalité entre l'AVC diagnostiqué en septembre 2018, respectivement le traumatisme d'août 2018, et les symptômes de nature psychique. En effet, dans son rapport d'appréciation neurochirurgicale du 15 avril 2019, la Prof. M._____ conclut à l'origine traumatique de l'AVC, de ses séquelles ischémiques et des déficits neurologiques et cognitifs associés. De même, le neurologue B._____ atteste que la symptomatologie du recourant (fatigue primaire modérée à sévère, associée à des difficultés comportementales, thymiques et, dans une moindre mesure, cognitives) s'explique à la fois par la dimension organique de l'AVC et le stress généré (rapport du 3 septembre 2020 précité). Enfin, la psychologue O._____ atteste, dans le cadre du bilan neuropsychologique réalisé au cours du second séjour du recourant à la CRR, que tant le profil neuropsychologique que le profil cognitif s'inscrivent de manière cohérente dans le contexte de l'AVC de 2018 (cf. rapport du 28 janvier 2021 précité). Ces conclusions ont été entérinées par le rapport de sortie établi à l'issue du second séjour à la CRR, que la Dre Q._____ a confirmé lors de son examen final. Ses conclusions sont tout à fait convaincantes, bien argumentées et son évaluation n'est, au demeurant, remise en question par aucun avis médical versé au dossier.

Il n'est ainsi pas possible de suivre le raisonnement du recourant, dont la propre évaluation de son atteinte à l'intégrité ne saurait supplanter celle de la médecin d'arrondissement. A cet égard, il convient de noter que contrairement à ce que le recourant allègue, le courrier adressé à son conseil par sa psychologue traitante ne permet pas d'appuyer ses dires, dans la mesure où sa thérapeute, consultée pour la première fois une quinzaine de jours auparavant, se contente d'indiquer n'avoir pas d'élément complémentaire à apporter.

cc) Le pourcentage de 20 %, correspondant à une atteinte modérée au sens de la table 8, peut donc être confirmé.

c) En définitive, le recourant n'apporte aucun élément d'ordre médical objectif de nature à remettre sérieusement en cause la position de l'intimée fondée sur l'appréciation de la Dre Q._____, de sorte que la Cour de céans n'a pas de motif de s'écarter de l'IPAI de 35 % à laquelle le recourant a droit.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition du 16 mars 2022.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la LAA n'en prévoyant pas pour les litiges en matière de prestations (cf. art. 61 let. f bis LPG), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 mars 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour P. _____),
- Me Jeanne-Marie Monney (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).

La greffière :