

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 octobre 2023

Composition : M. NEU, président
Mme Pétremand, juge suppléante, et M. Reinberg,
assesseur
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

N._____, à T._____, recourant, représenté par Me Alexandre Reymond,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 16 LPGA ; 6 al. 1, 16 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA ; 36 al. 1 et 2 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1987, a travaillé en qualité de gérant de l'entreprise W._____ Sàrl qu'il a fondée (ci-après : l'employeur), laquelle a été inscrite au registre du commerce le 7 février 2017 avec pour but l'exploitation d'une entreprise générale dans la construction. Il était assuré à ce titre 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).

b) En rentrant de vacances le 17 octobre 2018, à 5h00, il a été victime d'un accident sur l'autoroute à A._____ en Italie. Selon la déclaration de sinistre LAA du 19 octobre 2018, *« il dormait dans la voiture et c'est réveillé à l'hôpital, il ne se souvient de rien »*. Il percevait un salaire de base contractuel (brut) de 5'000 fr. par mois aux termes de ladite déclaration. A la suite d'un entretien téléphonique avec l'assuré du 24 octobre 2018, la CNA a noté ce qui suit : *« (...) Il a eu un accident de circulation le 17.10.2018 en Italie sur l'autoroute, il se souvient pas de grand-chose mais son ami qui était avec lui dans la voiture lui a expliqué brièvement ce qu'il s'est passé. Son ami conduisait le véhicule pendant que notre assuré dormait à l'arrière, ils étaient attaché les deux (hésitation de l'assuré), lorsque le conducteur vit un camion devant lui, il souhaita l'éviter mais n'a malheureusement pas réussi. Ils étaient deux dans le véhicule, ils rentraient des vacances au Kosovo. Notre assuré a été blessé au niveau du nez (fracture) ainsi que de la colonne vertébrale (fractures). Il s'est retrouvé en urgence dans un Hôpital en Italie, celui-ci a été hospitalisé pendant 2/3 jours mais étant donné que son état de santé n'était pas critique, ceux-ci sont retourner en Suisse. Arrivé en Suisse, il s'est rendu à l'Hôpital H._____ pour la suite de son traitement, il a été hospitalisé pendant 3 jours, plein d'examens ont été réalisés. A ce jour, il prend des médicaments pour soulager les douleurs et commence bientôt la physio. Pas d'intervention chirurgicale prévue pour l'instant sauf complications. Nous confirme que la police est intervenue sur les lieux de*

l'accident (...). ». D'après les indications que l'assuré a données le 23 novembre 2018 dans le questionnaire pour la CNA, « *J'étais entrin de dormir à l'arrière du véhicule, et le conducteur a perdu la maitrise du véhicule, nous avons heurter un camion et nous avons toucher la barrière de sécurité, Quant on a voulu sortir du véhicule une autre voiture nous a percuté à pleine vitesse et j'ai perdu connaissance (...)* Quand la deusieme voiture nous a percuté je venais d'enlever la ceinture pour sortir ». Il a alors précisé qu'il se trouvait dans une Audi A4 [numéro d'immatriculation] conduite par [...] et que le deuxième véhicule impliqué était conduit par L._____. Des rapports de la police italienne datés des 17, 22 et 30 octobre 2018 ont été ajoutés au dossier. Le 19 octobre 2018, l'assuré est rentré en Suisse en voiture avec son frère (cf. notices téléphoniques de la CNA des 19 et 24 octobre 2018).

Le cas a été pris en charge par la CNA, sous le numéro de sinistre [...].

c) L'assuré a été hospitalisé du 19 au 23 octobre 2018 à l'Unité de chirurgie spinale du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital H._____, qui a attesté de son incapacité de travail à 100 % du 23 octobre au 23 novembre 2018, du 20 novembre au 10 décembre 2018, du 11 décembre 2018 au 15 janvier 2019, du 25 janvier au 5 mars 2019, puis à partir des 6 et respectivement 19 mars 2019 (cf. certificats médicaux du Dr M._____, des 23 octobre, 20 et 27 novembre 2018 et 25 janvier 2019).

Les rapports successifs du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle de l'Hôpital H._____ des 19 et 22 octobre et 20 novembre 2018 et 6 mars 2019 ont identifié un tassement du mur antérieur de D12 d'allure stable, une perte de hauteur de 50 % du mur antérieur, un discret recul du mur postérieur stable, sans autre tassement visible ni lésion dégénérative. Une anomalie de fusion vertébrale de D4 et costale de C5-C6 à droite, non traumatique, avait déjà été visualisée sur une radiographie de 2015. Dans un rapport relatif à l'IRM lombaire du 26 novembre 2018, la Dre Z._____, de l'Institut de radiologie U._____ SA,

a conclu à une fracture par écrasement du corps vertébral de D12 associée à un recul du mur postérieur latéralisé à droite et une lyse isthmique L5 gauche, en excluant une fracture lombaire.

d) Le 24 octobre 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle versait en sa faveur une indemnité journalière de 131 fr. 55 par jour du calendrier dès le début de son incapacité de travail, mais au plus tôt le 20 octobre 2018, en attendant de pouvoir se prononcer sur le montant du droit à l'indemnité journalière. Par courriel du 17 décembre 2018, W. _____ Sàrl a informé la CNA que l'assuré avait eu une augmentation de salaire au 1^{er} août 2018 et que son salaire s'élevait à 6'900 fr. brut (cf. également courriel de l'assuré du 21 décembre 2018). Le même jour, la CNA a communiqué à l'assuré qu'il avait droit à l'indemnité journalière de 131 fr. 55 par jour calendaire, dès le début de son incapacité de travail, mais au plus tôt le 20 octobre 2018. Selon la lettre de la CNA du 7 janvier 2019, l'indemnité journalière a été augmentée à 181 fr. 50 par jour calendaire à partir du 20 octobre 2018.

e) Dans un rapport du 15 novembre 2018, le Dr I. _____ et la Dre K. _____, de l'Unité de chirurgie spinale du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital H. _____, ont posé le diagnostic principal de fracture de D12 non déficitaire avec petit recul du mur postérieur et les diagnostics secondaires d'anomalie de fusion de D4 et des arcs costaux C5-C6 à droite, fracture fermée des os propres du nez et plaie de l'arcade sourcilière droite. Selon leur rappel anamnestique, « (...), *Il dort quand il est réveillé par un premier choc alors que la voiture est sur l'autoroute - circonstances du choc peu claires - alors que la voiture s'immobilise, il se détache et est alors projeté dans le véhicule par un 2^{ème} choc. (...)* ». Dans leur synthèse, les praticiens ont exposé ce qui suit : « *Nous hospitalisons le patient dans notre Service. On retrouve sur les radiographies la fracture tassement de la vertèbre D12 avec une perte de hauteur du mur antérieur estimée à 30 %, en discrète majoration par rapport au comparatif. Recul du mur postérieur stable également, millimétrique. Sur le reste du rachis, on retrouve la vertèbre C5 présentant une malformation en papillon et la fusion des arcs postérieurs des côtes 5*

et 6 à droite. Pas d'anomalie notable, notamment pas de nouveau tassement. Une IRM a été effectuée montrant la fracture-tassement de T12 avec extension au niveau du pédicule droit, avec recul de 6 mm du mur postérieur, sans compression médullaire, avec une probable rupture partielle du ligament longitudinal postérieur paramédian droit. En raison de la bonne évolution radio clinique, nous ne posons pas d'indications opératoires et suivrons le patient avec des contrôles radio-cliniques. En raison d'une légère déviation du septum nasal, nous demandons un avis aux collègues ORL qui ne remarquent pas de signes cliniques de fracture déplacée des os propres du nez, pyramide en axe. Un traitement avec Nasonex spray nasal a été mis en place. Nous recommandons au patient de consulter l'ORL s'il y a persistance d'obstruction nasale ». Ils ne signalaient alors pas d'incapacité de travail.

Dans un rapport du 12 février 2019, les Dr J._____ et M._____ de cette même unité, ont retenu le diagnostic de fracture A3 selon l'AO de D12 non déficitaire avec minime recul du mur postérieur, ainsi qu'une indication à une prise en charge chirurgicale sous forme d'une kyphoplastie en vue de diminuer le risque d'aggravation de la cyphose, que l'assuré a refusée. Dans un rapport de suivi de cette unité du 28 mars 2019, les médecins ont relevé une péjoration radiologique mais des douleurs stables, en signalant que l'assuré refusait catégoriquement une prise en charge chirurgicale clairement indiquée. Le rapport de suivi de cette unité du 16 juillet 2019 a mentionné une stagnation de la situation et le refus par l'assuré de toute intervention chirurgicale ainsi que d'un traitement par physiothérapie.

Par la suite, l'assuré a été suivi par son médecin traitant le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a attesté successivement de périodes d'incapacité de travail à 100 % à partir du 27 mars 2019 et jusqu'au 28 février 2022 (certificats médicaux des 27 mars, 15 et 30 avril, 17 mai, 3 juin, 1^{er} juillet, 4 et 30 septembre, 4 novembre, 2 et 30 décembre 2019, 31 janvier, 2 mars, 1^{er} et 30 avril, 4 et 15 mai, 5 et 15 juin, 3 et 30 juillet, 14 et 31 août, 16 septembre, 2 novembre et 2 décembre 2020, 4 et 15 janvier, 30 avril, 31 mai, 1^{er} juillet, 31 août, 5

octobre 2021, 21 janvier, 3 février 2022). Le Dr X._____ a signé des prescriptions de physiothérapie les 15 mai et 2 octobre 2020, 30 avril et 1^{er} juillet 2021. Dans des rapports succincts des 27 mai 2019, 21 février et 30 septembre 2020 et 3 février 2022, le Dr X._____ a posé comme diagnostic une fracture de D12 non déficitaire avec petit recul du mur postérieur qui nécessitait la prise d'AINS et d'analgésiques et de physiothérapie, estimant l'évolution lente. Il a précisé que son état de santé était stationnaire.

f) Selon la notice téléphonique de la CNA du 20 mai 2019, l'assuré avait l'intention de vendre son entreprise dès lors qu'il ne pouvait plus reprendre son activité de base. Lors d'un entretien le 17 septembre 2019, l'assuré a indiqué à la CNA qu'il avait remis son entreprise à un ami. Il a alors confirmé son refus d'être opéré et de faire de la physiothérapie, en indiquant prendre seulement du Dafalgan pour calmer les douleurs. Selon son courriel à la CNA du 25 novembre 2019, l'assuré s'était occupé de l'administration au sein de son entreprise, puis de livraisons et parfois de plâtrerie-peinture.

g) Dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 3 juillet 2019, l'assuré a indiqué qu'il avait travaillé comme maçon non diplômé, du 13 mars 2013 au 17 octobre 2018, auprès des entreprises R._____ SA, puis G._____ SA et ensuite W._____ Sàrl. Comme atteinte à sa santé, il a mentionné une allergie aux produits professionnels depuis le 28 mars 2014 et des lombalgies chroniques depuis le 10 octobre 2016.

h) Dans un rapport du 5 novembre 2020, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a écrit dans l'anamnèse ce qui suit : « (...) Il a arrêté la physiothérapie, car celle-ci provoque également une forte augmentation des douleurs. (...). L'antalgie consiste en Dafalgan et Algifor pris de manière irrégulière. (...) Avant l'accident, le patient présentait des lombalgies et des pygalgies à bascule. Des investigations rhumatologiques avaient été faites (conclusions ?) ». Concernant l'attitude thérapeutique, le spécialiste a exposé ceci : « Monsieur N._____

présentait déjà avant l'accident du 17 octobre 2018 une situation rachidienne pas tout à fait anodine, puisqu'il est affecté sur base malformative développementale d'une anomalie morphologique au niveau du 5^e segment vertébral thoracique, sous forme de deux hémivertèbres partiellement fusionnées dont l'hémivertèbre droite est hypoplasique, entraînant en conséquence une déviation vers la droite du rachis thoracique proximal à la malformation, la malformation s'associant à une fusion des arcs costaux proximaux V et VI à droite ; il présente également une lyse isthmique unilatérale au niveau du dernier segment mobile lombaire à gauche et il existe finalement une lombalisation de S1, respectivement une anomalie de transition, avec pour conséquence la présence de six vertèbres lombaires. Cette remarque a pour corollaire que la fracture présentée à la suite de l'accident du 17 octobre 2018 est en fait une fracture de L1 et non de Th12. (...) La fracture est donc survenue dans un contexte malformatif, de surcroît chez un patient avec un HLA B27 positif et apparemment investigué en 2015 pour une suspicion de spondylarthropathie/spondylarthrite ankylosante. (...) La fracture peut ainsi être classifiée selon la classification de Magerl-AO comme une fracture de type A3.1 (burst supérieure). La nature instable de la fracture s'est confirmée sous traitement conservateur, avec le développement d'une cyphose majeure sur perte de hauteur prédominant antérieurement, mais également avec une petite perte de hauteur globale par rapport aux segments sus- et sous-jacents. (...) Cette déformation doit être qualifiée de majeure, avec important retentissement sur la statique globale rachidienne sur le plan sagittal. (...) Cette situation morphologique hautement pathologique apparaît congruente avec les plaintes du patient, même si l'intensité des douleurs référées, en particulier pour la moindre charge, questionne un peu, surtout en considération de l'antalgie médicamenteuse dans le même temps réduite. La prédominance des douleurs en région lombaire basse reste compatible avec la localisation fracturaire (syndrome de Maigne), mais une nouvelle évaluation rhumatologique afin d'exclure formellement un problème éventuellement surajouté de spondylarthropathie serait sans doute utile. En considération du déconditionnement mis en évidence, il y aurait lieu naturellement de privilégier une réadaptation intensive. Cependant et vu l'importante

kinésiophobie et l'intolérance à la charge référée, il est plus que probable qu'une telle réadaptation ne pourra être menée à bien. En ce qui concerne les séquelles de la fracture vertébrale (cal vicieux), j'ai expliqué au patient que celles-ci pouvaient expliquer en bonne partie voire même complètement ses douleurs, et que le seul traitement susceptible de corriger cet état de fait était chirurgical (...). J'ai longuement exposé au patient les risques et bénéfices à considérer en lien avec la chirurgie proposée, sans rien lui dissimuler, mais en lui expliquant dans le même temps qu'il existe selon moi peu de chance que la symptomatologie se résolve par une attitude attentiste. Si je ne vois guère d'alternative à une intervention chirurgicale pour correction des troubles statiques marqués afin d'améliorer les symptômes du patient, chez un patient encore une fois déjà affecté de troubles malformatifs rachidiens, il est clair dans le même temps que d'un point de vue assécurologique, une telle intervention n'est pas exigible, d'une part à cause du risque lié à la chirurgie, en particulier en ce qui concerne l'accès antérolatéral, mais également car les chances de succès ne sont pas non plus garanties. Je retiens toutefois personnellement qu'il existe 70 à 80 % de chances d'améliorer de manière significative la situation algique de Monsieur N._____ à travers la mesure proposée ».

Du 20 janvier 2021 au 10 février 2021, l'assuré a séjourné au Service de réadaptation de l'appareil moteur de la Clinique B._____ qui a attesté d'une incapacité de travail à 100 % du 20 janvier au 10 mars 2021. Par un rapport du 2 mars 2021, la Dre F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre D._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics principaux suivants : « - 17.10.2018 : AVP voiture à haute cinétique avec : - fracture de D12 (ou L1, selon les critères considérés) type A3.1 (burst supérieur) instable, non déficitaire, avec extension au niveau du pédicule droit, recul du mur postérieur de 6 mm, perte de hauteur d'environ 30 % et probable rupture partielle du ligament longitudinal postérieur paramédian droit - TCC léger à modéré - fracture fermée des os propres du nez avec légère déviation du septum nasal - plaie de l'arcade sourcilière droite - Péjoration de l'instabilité de la fracture D12 avec cyphose post-traumatique majeure (cyphose corporéale

28°, cyphose segmentaire D12-L2 26°) et important retentissement sur la statique globale rachidienne sur le plan sagittal (avec indication chirurgicale, refusée par le patient) ». Sont mentionnés comme diagnostics secondaires (et comme antécédents médicaux/co-morbidités dans l'avis de sortie de la Clinique B._____ du 10 février 2021) : « - *Lombalgies chroniques sur : -Anomalies morphologiques au niveau du 5^{ème} segment vertébral thoracique, sous forme de deux héli-vertèbres partiellement fusionnées dont l'héli-vertèbre droite est hypoplasique, entraînant en conséquence une déviation vers la droite du rachis thoracique proximal à la malformation, la malformation s'associant à une fusion des arcs costaux proximaux V et VI à droite - Lyse isthmique unilatérale au niveau du dernier segment mobile lombaire à gauche avec lombalisation de S1, respectivement une anomalie de transition, avec pour conséquence la présence de six vertèbres lombaires - Probable spondyloarthropathie HLA B27 positive avec atteinte axiale - Obésité de stade I (BMI : 31.09 kg/m²) ».*

Dans leur appréciation et discussion, les praticiennes ont exposé ce qui suit : « (...) *Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. (...). Sur le plan orthopédique : (...)* on retrouve une **possible péjoration du tassement vertébral avec majoration de la cyphose thoracique**. (...) Chez ce patient connu pour une probable spondyloarthropathie HLA B27 positive avec atteinte axiale, une consultation rhumatologique est demandée. (...). *Sur le plan neurologique : (...)* le **TCC peut être classé de léger à modéré. (...). Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics)**. Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : sous-estimation de ses capacités fonctionnelles, kinésiophobie, chez un patient qui reste très centré sur les douleurs et s'autolimite en fonction des douleurs. D'autres facteurs contextuels peuvent également interférer avec le retour au travail : absence de formation certifiée. (...). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. En effet, la prise en charge du patient a été rendue difficile en raison de nombreuses auto-limitations. (...). Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues (limitation

estimée à ce que le patient veut bien nous montrer au vu d'une autolimitation importante en lien avec les douleurs) : - le patient peut effectuer une activité légère à sédentaire. La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes. La date de la stabilisation médicale est difficile à évaluer devant une situation avec prise en charge chirurgicale proposée mais refusée. Le patient sera revu à l'Hôpital H._____ pour rediscuter de la suite de prise en charge. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident). Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est théoriquement favorable, mais les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de réorientation. (...). ». La Dre D._____ a signé une prescription de physiothérapie le 10 février 2021.

Par certificats médicaux des 2 et 9 mars 2021, l'unité de chirurgie spinale de l'Hôpital H._____ a attesté d'une incapacité de travail à 100 % du 11 mars au 30 avril 2021. Dans un rapport du 30 avril 2021 (cf. également rapport du 16 avril 2021), le Centre de chirurgie spinale de l'Hôpital H._____ n'a pas relevé de pénétration de la cyphotisation de la fracture lombaire. Aucune prise en charge chirurgicale n'a été proposée à l'assuré, mais un investissement personnel au niveau physiothérapeutique de plusieurs années voire même à vie. Les spécialistes ont estimé que l'assurance-invalidité pourrait aider l'assuré à réaliser une reconversion professionnelle.

i) A la demande de la CNA du 14 juin 2021, l'assuré lui a communiqué le 5 juillet 2021 un contrat de travail de durée indéterminée non daté et signé par l'assuré en qualité d'employeur et de travailleur, des certificats de salaires nets de 2'874 fr. pour 2015 de G._____ SA, ainsi que de 50'187 fr. pour 2017 et de 48'720 fr. pour 2018 en tant que gérant de W._____ Sàrl. Selon les décomptes de salaires produits, il a perçu un salaire mensuel brut en espèces de 5'000 fr. de juillet 2017 à juin 2018, puis de 6'900 fr. en août et septembre 2018. Dans le cadre de l'assistance administrative requise par la CNA le 14 juin 2021, l'Administration cantonale des impôts lui a répondu le 8 juillet 2021, en confirmant les

montants figurant dans les décisions de taxation passées en force pour 2017 et 2018 et en indiquant un montant de 66'247 fr. pour la période fiscale 2019.

j) Dans un rapport d'examen final du 12 juillet 2021, la Dre Q._____, du Service médical de la CNA, a résumé les rapports médicaux et d'imageries au dossier et noté que l'assuré avait été vu par des médecins de l'Hôpital H._____ pour la dernière fois le 9 mars 2021. Elle a retenu les diagnostics de dorsalgies fluctuantes dans les suites d'une fracture de D12 non déficitaire de type A3 selon A0 (cyphose post-fracture à 27°) avec petit recul du mur postérieur de 5 mm en octobre 2018 suite à un AVP en Italie, de fracture fermée des os propres du nez avec encombrement nasal et de plaie de l'arcade sourcilière droite, en mentionnant les diagnostics secondaires d'anomalie de fusion de D4 et des arcs costaux C5-C6 à droite, de lombalgies chroniques sur anomalie morphologique, de lyse isthmique unilatérale, de probable spondylarthropathie HLA-B27 positive, de maladie de Crohn HLA-B27, de reflux gastro-oesophagiens, d'allergie au dichromate de potassium et de surpoids. La praticienne a estimé que la situation était stabilisée sur le plan médical du fait qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical ni médical qui puisse l'améliorer de manière notable et que l'assuré avait refusé toutes les propositions chirurgicales. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : pas d'activités avec port de charges très léger (inférieures à 5 kg), pas d'activités nécessitant une position statique assis ou debout mais alternance des positions assis et debout, pas de marche répétée ou prolongée, pas de position en porte-à-faux du rachis. La Dre Q._____ a considéré qu'une incapacité de travail totale et définitive devait être reconnue dans son activité habituelle de maçon, mais que sa capacité de travail était entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles. Ses problèmes de respiration, pour lesquels il n'avait pas consulté d'ORL, n'entraînait, d'après la Dre Q._____, aucune incapacité de travail, ni limitation fonctionnelle. Enfin, elle a souligné que les facteurs contextuels mis en évidence par la Clinique B._____ peuvent influencer négativement un retour au travail même dans une activité adaptée. Sur

cette base, la Dre Q. _____ a évalué à 20 % le taux d'atteinte à l'intégrité, avec la motivation suivante : *« On peut lire dans la table 7 des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale (réf. 2870/7.f-2004 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA) qu'en cas de fracture dorsale avec un angle supérieur à 21°, des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts, correspond à un taux d'IpAI de 15 à 20 %. Lorsque les douleurs sont permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos, avec une charge supplémentaire impossible, ces douleurs ne diminuant que lentement, après aggravation, le taux d'IpAI est compris entre 20 et 30 %. Dans cette situation nous nous trouvons pile au milieu entre les deux fourchettes d'évaluation et nous retenons donc que l'assuré présente des séquelles qui correspondent à un taux d'IpAI de 20 % ».*

Le 23 septembre 2021, la CNA s'est adressée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) pour lui demander d'examiner au plus vite l'octroi de mesures professionnelles. Selon son projet d'acceptation de rente du 11 octobre 2021, l'OAI entendait octroyer à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1^{er} janvier 2020 au 30 septembre 2021, compte tenu de sa capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée dès juillet 2021. L'OAI a en particulier constaté que les limitations fonctionnelles n'étaient pas assez importantes pour limiter l'accès à un éventail d'activités suffisamment large, ce qui justifiait de n'appliquer aucun abattement dans son cas, mentionnant à ce propos un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement léger, comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres), ou comme aide-administratif (réception, scannage et autres).

Par lettre du 7 octobre 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2021, dans la mesure où il n'avait plus besoin de traitement selon l'examen final du 12 juillet 2021. La CNA examinait s'il

avait droit à d'autres prestations d'assurance et en particulier à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ayant été consulté par l'assuré le 6 octobre 2021, le Dr E._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, a adressé une lettre datée du 7 octobre 2021 à l'Unité de Rhinologie de l'Hôpital H._____ pour une prise en charge esthétique et fonctionnelle. Il avait noté au status une déviation de la pyramide nasale en C inversé correspondant à une grosse luxation septale à gauche, fermant totalement la valve nasale, le reste étant sans particularité. Le Dr P._____, du Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital H._____ a demandé le 25 novembre 2021 à la CNA la prise en charge d'une septorhinoplastie post-traumatique à but fonctionnel. Le spécialiste a retenu comme diagnostic principal une obstruction nasale gauche complète réfractaire au traitement conservateur. La CNA a demandé à l'assuré des informations complémentaires pour compléter le dossier de son médecin ORL (cf. courriels des 6 et 24 janvier 2022).

Par décision du 10 février 2022, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 29'640 fr. qui lui a été versée le même jour. En revanche, la CNA ne lui a pas alloué de rente d'invalidité au motif que la diminution de sa capacité de gain due à l'accident n'atteignait que 9 %, en comparant le gain réalisé sans l'accident de 68'536 fr. et le salaire de 62'093 fr. pouvant être réalisé dans une activité adaptée à son handicap en se fondant sur les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour un homme et en tenant compte d'un abattement de 10 % pour les limitations fonctionnelles retenues (pas d'activités avec port de charges très léger (inférieures à 5 kg), pas d'activité nécessitant une position statique assis ou debout mais alternance des positions assis et debout, pas de marche répétée ou prolongée, pas de position en porte-à-faux du rachis).

k) Le 14 mars 2022, l'assuré, représenté par Me Silvia Gutierrez, s'est opposé à la décision susmentionnée, concluant à la modification de ladite décision en ce sens qu'il aurait droit à des indemnités journalières et à une rente d'invalidité à 100 % ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 50 %. En particulier, il a

contesté être apte à exercer une activité lucrative à 100 % dans un autre poste compte tenu de ses douleurs chroniques et il a allégué que son revenu sans invalidité devrait être fixé à 96'366 fr. en 2020 sur la base de son contrat de travail. Se référant à l'avis de sortie de la Clinique B._____, il a précisé concernant ses limitations fonctionnelles qu'il devait changer de position chaque 30 minutes, ce qui justifiait à ses dires un abattement de 25 %. Il a également reproché à la CNA de ne pas avoir tenu compte des conséquences de la fracture des os propres du nez dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a produit une lettre du Dr X._____ adressée à son conseil le 21 janvier 2022, dans laquelle son médecin-traitant considérait que sa capacité de travail s'élevait alors à 0 % dans toute activité et que les limitations fonctionnelles étaient insuffisantes.

Par décision sur opposition du 24 mai 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré à l'encontre de sa décision du 10 février 2022. En se basant sur l'examen final pratiqué le 12 juillet 2021 par son médecin-conseil et sur les conclusions de la Clinique B._____, elle a considéré que l'état de santé de l'assuré s'était stabilisé au 31 octobre 2021. La CNA a confirmé le revenu hypothétique de valide fondé sur le salaire issu de la Convention nationale du gros œuvre pour 2021 et l'abattement de 10 % appliqué sur le revenu hypothétique d'invalidé compte tenu de l'évaluation globale de sa situation et des seules limitations liées à son handicap. Elle a également confirmé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée à 20 % par son médecin-conseil.

Par lettre du 25 mai 2022, le nouveau conseil de l'assuré, Me Alexandre Reymond, a confirmé les conclusions prises le 14 mars 2022, en alléguant que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 17 octobre 2018 et que les traitements médicaux réguliers ne lui permettaient pas de se remettre des lésions subies. En complément, il a invoqué qu'il souffrait depuis plusieurs mois d'une atteinte à sa santé psychique en lien de causalité adéquate avec l'accident qu'il qualifiait de moyennement grave. Pour le surplus, il contestait qu'un revenu hypothétique puisse lui être imputé dès lors que les restrictions étaient

incompatibles avec un travail physique qui était seul envisageable compte tenu de son absence de formation professionnelle. A cet effet, il a produit une lettre du Centre O._____ du 5 mai 2022, selon laquelle l'assuré qui consultait ce centre depuis le 29 mars 2022 présentait « *un état dépressif depuis plusieurs mois avec des troubles du sommeil, une angoisse diffuse, une sensation d'être perdu, une perte de motivation et d'espoir, une tristesse de l'humeur, un sentiment de colère par rapport à sa situation et l'impression d'avoir vécu une grande injustice* ». La CNA lui a répondu le 2 juin 2022 que sa lettre ne remettait pas en cause les conclusions de la décision sur opposition du 24 mai 2022.

B. Par acte du 13 juin 2022, N._____, représenté par Alexandre Reymond, a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 24 mai 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il plaise à la Cour de prononcer que le recours est admis et, principalement, que ladite décision de la CNA est réformée en ce sens que N._____ a droit à des indemnités journalières à 100 %, subsidiairement à une rente d'invalidité à 100 %, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 50 %, et, subsidiairement, que cette décision est annulée et la cause est renvoyée à cette autorité pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

En substance, le recourant a invoqué une constatation manifestement inexacte des faits dans la décision entreprise concernant son état de santé et les restrictions fonctionnelles liées à la fracture de son nez et aux positions assise et debout pour fixer sa capacité de gain et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que son revenu hypothétique de valide et le taux d'abattement. Il a en outre fait valoir une violation de son droit d'être entendu du fait que la CNA estimerait qu'il pourrait exercer une activité adaptée à temps complet sans baisse de rendement.

En particulier, il a exposé que son état de santé se serait péjoré en raison d'une atteinte à son intégrité psychique, sous la forme

d'un état dépressif accompagné d'autres troubles, en lien de causalité adéquate avec l'accident du 17 octobre 2018 qu'il a qualifié de moyennement grave. Les traitements suivis après son accident ne lui auraient pas permis de se remettre des lésions subies et il souffrirait de douleurs chroniques incapacitantes à 100 % qui exigeraient une physiothérapie durant plusieurs années et pour lesquelles une opération représenterait un risque sans garantie de chances de succès. Il a reproché à la CNA de ne pas avoir tenu compte du rapport de sortie de la Clinique B._____ selon lequel il lui serait impossible de tenir une position assise ou debout plus de 30 minutes, ainsi que d'une restriction fonctionnelle à sa respiration découlant de sa fracture du nez. Pour ces raisons et du fait de son absence de formation professionnelle, il ne serait pas en mesure de trouver un emploi lui permettant de réaliser un revenu hypothétique. S'agissant de son revenu de valide, il a contesté la décision de la CNA d'écarter le contrat de travail produit au motif qu'il émanerait de lui en sa qualité d'employeur et d'employé de sa propre société, arguant qu'aucune autre signature que la sienne ne pouvait y être apposée. Il a demandé qu'à défaut, le salaire moyen qu'il pourrait réaliser compte tenu de son âge, de son expérience ou de sa position dans l'entreprise, soit pris en compte, et non le salaire issu de la Convention nationale du gros œuvre pour 2021.

A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis des compléments d'expertise médicale visant à déterminer, d'une part, l'impact de la péjoration de sa santé mentale et de sa fracture du nez sur sa capacité de gain, et en particulier le taux d'abattement, et le taux de son indemnité pour atteinte à l'intégrité et, d'autre part, les activités qui pourraient raisonnablement être exigées de lui compte tenu des restrictions fonctionnelles en intégrant l'alternance toutes les 30 minutes de la position assise et debout, l'obstruction complète de sa narine droite et la péjoration de sa santé mentale, tout en interpellant la CNA sur l'existence de l'activité lucrative qu'il serait en mesure d'exercer compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

Par réponse du 23 août 2022, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours, dans la mesure où il est recevable, et à la confirmation de la décision sur opposition de la CNA du 24 mai 2022. De son point de vue, le recourant n'apporterait aucun élément médical nouveau démontrant que son atteinte physique ne se serait pas stabilisée. Ses troubles psychiques ne seraient pas en lien de causalité adéquate avec l'événement du 17 octobre 2018 qui correspondrait à un accident de gravité moyenne dans la zone médiane. En ce qui concerne son revenu hypothétique de valide, la CNA s'est référée à la déclaration de sinistre du 19 octobre 2018 mentionnant un salaire mensuel de 5'000 fr. et au contrat de travail renvoyant à la Convention nationale du gros oeuvre. S'agissant du gain hypothétique d'invalidé, elle a mis en exergue que les limitations fonctionnelles du recourant avaient été prises en compte dans l'abattement de 10 %. Elle estimait par ailleurs que les problèmes de respiration avec sa narine bouchée pouvaient être traités. Etant donné que les salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires avaient été pris en considération, elle n'était pas tenue d'établir la liste des activités adaptées à l'état de santé, par exemple une activité légère dans le secteur de l'industrie.

Par réplique du 3 octobre 2022, le recourant a persisté dans ses précédents moyens et conclusions. Il a en outre invoqué le fait que la CNA se serait fondée sur un salaire de 82'800 fr. pour calculer les indemnités versées.

Par duplique du 11 octobre 2022, la CNA a maintenu ses conclusions. Elle s'est déterminée au surplus en alléguant que le montant de 82'800 fr. correspondait au gain assuré au sens de l'art. 15 al. 2 LAA qui ne pouvait pas être repris tel quel pour fixer un revenu hypothétique.

Par écriture du 28 octobre 2022, le recourant a invoqué des faits nouveaux. Il a produit un certificat médical et une radiographie de sa colonne vertébrale du Cabinet S. _____ à Y. _____ (Kosovo) et a requis un complément d'instruction tendant à faire déterminer par un expert

l'existence, la nature, l'importance et les conséquences d'une lésion sur les vertèbres 4 et 5.

Par des déterminations du 7 novembre 2022, la CNA a contesté l'apport de faits nouveaux par le recourant ainsi que toute valeur probante à la radiographie produite. En se référant au rapport du Dr C. _____ du 5 novembre 2020, elle a fait valoir que ces éléments liés à une anomalie avaient été pris en compte dans son appréciation et que la fracture de la vertèbre 12 de même que l'éventuel glissement des vertèbres 4 et 5 ne seraient pas en lien de causalité avec l'accident du 17 octobre 2018. Elle a déduit du rapport médical produit que seul un traitement physiothérapeutique conservateur serait envisageable auquel le recourant avait mis fin. Pour ces motifs, la demande de complément d'instruction du recourant devait être rejetée d'après la CNA.

Par déterminations du 8 novembre 2022, le recourant a maintenu, avec suite de frais et dépens, sa réquisition de mise en œuvre de mesures d'instruction, en soutenant que la décision entreprise retenait elle-même une fracture du corps vertébral D12.

Le 29 septembre 2023, Me Reymond a déposé la liste de ses opérations effectuées du 7 avril 2022 au 29 septembre 2023, faisant état d'un temps total consacré à la présente affaire de 45 heures et 20 minutes.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des

assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. En l'occurrence, le présent litige porte sur le droit à des indemnités journalières ou à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi que sur la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. 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 à des indemnités journalières (art. 16 al. 1 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement

accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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, 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 citées).

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

En particulier, en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en

résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant – comme par exemple le cas d'une glissade (ATF 115 V 133 consid. 6a) –, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 précité consid. 3.3 et les références). Les exigences quant à ces critères seront d'autant plus

strictes qu'au sein des accidents de gravité moyenne, l'accident sera considéré comme léger (ATF 115 V 133 consid. 6).

4. a) Aux termes de l'art. 16 al. 1 et 2 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède.

b) Selon l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGa), à 80 % du gain assuré. Le gain assuré est calculé conformément à l'art. 22 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), dont l'alinéa 3 prévoit que l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu en dernier lieu avant l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit.

5. 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 l'assuré - 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). Il appartient alors à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès

thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre (TF 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence citée). Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence citée). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3).

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). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

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).

On se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées).

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).

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).

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

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

b) 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.

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). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

7. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA 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, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

8. **a)** En l'occurrence, le recourant a bénéficié, du 17 octobre 2018 au 31 octobre 2021, d'une indemnité journalière à 100 % pour un montant total de 201'102 fr. (cf. détail de l'indemnité journalière établi par

la CNA). La CNA a mis fin avec effet au 31 octobre 2021 aux frais de traitement et aux indemnités journalières en se fondant sur le rapport de son médecin-conseil du 12 juillet 2021, selon lequel l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles (cf. lettre de la CNA du 7 octobre 2021). La CNA a décidé que le recourant n'avait droit à aucune rente d'invalidité LAA ; elle lui a versé en revanche une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % (cf. décisions de la CNA des 10 février et 24 mai 2022).

Le recourant réclame des indemnités journalières à 100 % ou une rente d'invalidité à 100 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 50 %, subsidiairement le renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, il requiert des compléments d'expertise médicale pour déterminer l'impact de la péjoration de sa santé mentale, de sa fracture du nez, de l'alternance des positions assise et debout toutes les 30 minutes et de la lésion sur les vertèbres 4 et 5. A cet effet, il fait valoir une constatation manifestement inexacte des faits dans la décision entreprise et une violation de son droit d'être entendu du fait que la CNA estimerait qu'il pourrait exercer une activité adaptée à temps complet sans baisse de rendement.

b) Il convient de rappeler qu'aux termes de l'art. 42 LPGA, il n'est pas nécessaire d'entendre les parties avant une décision sujette à opposition. L'intéressé a pu s'expliquer sur sa capacité de travail et fournir une attestation de son médecin traitant qu'il serait en incapacité de travail à 100 %, dans le cadre de son opposition à la décision rendue par la CNA le 10 février 2022. En conséquence, il n'y a pas lieu de retenir en l'espèce de violation du droit d'être entendu.

c) Au fond, le recourant reproche à l'intimée d'avoir cessé de lui octroyer à partir du 1^{er} novembre 2021 toute prestation en espèces au motif que son état de santé se serait stabilisé. Il prétend que sa santé se serait au contraire péjorée en raison, d'une part, des atteintes physiques qui seraient incapacitantes à 100 % et nécessiteraient un traitement de

physiothérapie à vie, sans qu'aucune opération ne permette d'y pallier, et, d'autre part, d'une atteinte psychique additionnelle en lien de causalité adéquate avec l'accident moyennement grave du 17 octobre 2018. Ces faits sont contestés par la CNA sur la base des pièces médicales au dossier.

Il ressort du dossier que le recourant a été véhiculé en Suisse par son frère deux jours après l'accident, puis il a été hospitalisé cinq jours à l'Hôpital H._____ où toute une série de radiographies ont été effectuées et analysées. Un diagnostic principal de fracture de D12 non déficitaire avec petit recul du mur postérieur a été retenu par le Dr I._____ et la Dre K._____, de l'Unité de chirurgie spinale du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital H._____, dans leur rapport du 15 novembre 2018. D'autres diagnostics secondaires ont été également posés, tels une anomalie de fusion de D4 et des arcs costaux C5-C6 à droite et une fracture fermée des os propres du nez. Le même diagnostic principal a été indiqué dans les rapports de suivi, dans le cadre desquels les spécialistes ont préconisé une opération chirurgicale pour diminuer un risque d'aggravation de la cyphose (cf. rapports de l'Unité de chirurgie spinale de l'Hôpital H._____ des 12 février, 28 mars et 16 juillet 2019). Il a été également repris par le médecin traitant du recourant dans ses quatre rapports très succincts (cf. rapports du Dr X._____ des 27 mai 2019, 21 février et 30 septembre 2020 et 3 février 2022) et ce médecin a attesté successivement de périodes d'incapacité de travail à 100 % du 27 mars 2019 au 28 février 2022, soit durant environ trois ans.

Le diagnostic principal a été précisé par le Dr C._____ dans son rapport du 5 novembre 2020, qui l'a délimité par rapport aux atteintes physiques préexistantes à l'accident du 17 octobre 2018. C'est ainsi qu'il a identifié comme atteintes préexistantes une anomalie morphologique au niveau du 5^e segment vertébral thoracique (deux héli-vertèbres partiellement fusionnées dont une hypoplasique à droite entraînant une déviation vers la droite du rachis thoracique proximal s'associant à une fusion des arcs costaux proximaux V et VI à droite), une lyse isthmique unilatérale au niveau du dernier segment mobile lombaire à gauche et,

enfin, une lombalisation de S1, respectivement une anomalie de transition, avec pour conséquence la présence de six vertèbres lombaires, ainsi que des lombalgies et des pygalgies à bascule. Le recourant signalait lui-même dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 3 juillet 2019 qu'il souffrait de lombalgies chroniques depuis le 10 octobre 2016. En ce qui concerne l'atteinte physique due à l'accident, le Dr C._____ l'a qualifiée de fracture de type A3.1 (burst supérieure) de L1. Le spécialiste a souligné le fait que la fracture liée à l'accident était survenue dans le contexte de troubles malformatifs rachidiens d'un patient avec un HLA B27 positif pour lequel des investigations rhumatologiques avaient été menées en 2015, ce qui expliquait l'instabilité de cette fracture qui avait entraîné le développement d'une cyphose majeure. Il opposait l'intensité des douleurs dont se plaignait le recourant, à l'antalgie médicamenteuse réduite qu'il prenait. A l'instar des spécialistes de l'Hôpital H._____, le Dr C._____ a préconisé une intervention chirurgicale, en informant le recourant de ses risques et bénéfices.

Les constatations médicales tirées par le Dr C._____ ont été confirmées dans le rapport du 2 mars 2021 des médecins de la Clinique B._____ qui ont inclus la fracture fermée des os propres du nez avec légère déviation du septum nasal dans les diagnostics principaux. Ils déclaraient ne pas pouvoir évaluer la date de la stabilisation médicale compte tenu du refus par l'assuré de la prise en charge chirurgicale proposée. Les spécialistes de la Clinique B._____ ont émis un pronostic favorable de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles consistant en l'absence d'activités avec port de charges très léger (inférieures à 5 kg), d'activités nécessitant une position statique assis ou debout mais alternance des positions assis et debout, de marche répétée ou prolongée et de position en porte-à-faux du rachis, tout en réservant des facteurs personnels et contextuels.

Le médecin-conseil de la CNA a retenu ces mêmes diagnostics dans son rapport du 12 juillet 2021. Dès lors que l'assuré avait refusé toutes les propositions chirurgicales et qu'aucun traitement n'était donc

susceptible d'améliorer de manière notable son état de santé, la praticienne a considéré que la situation était stabilisée sur le plan médical et que sa capacité de travail était entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles. Elle a estimé que ses problèmes de respiration n'engendraient ni incapacité de travail, ni limitation fonctionnelle. Ainsi, son appréciation médicale prend en compte la fracture du nez et l'alternance des positions assise et debout et ses conclusions rejoignent celles tirées par la Clinique B._____.

Il faut en déduire que les avis des médecins qui ont examiné le recourant concordent sur les atteintes physiques dues à l'accident et leur effet sur la capacité de travail du recourant, en excluant d'autres atteintes physiques préexistantes. Seul le médecin traitant a exprimé l'avis que le recourant serait totalement incapable de travailler dans toute activité et que les limitations fonctionnelles seraient insuffisantes, mais cet avis n'est étayé par aucun élément médical (cf. lettre du Dr X._____ au conseil du recourant du 21 janvier 2022). Le recourant n'apporte ainsi pas la preuve d'atteintes physiques nouvelles qui n'auraient pas été prises en compte par les spécialistes consultés. On ne voit en outre pas en quoi une expertise médicale réalisée plusieurs années après l'accident serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Par ailleurs, l'opinion du recourant, selon laquelle on ne pourrait pas exiger de lui qu'il se soumette à une opération chirurgicale sans garantie de succès, ne peut pas être suivie, dans la mesure où des risques sont par définition inhérents à toute intervention chirurgicale et où les spécialistes de l'Unité de chirurgie spinale et le Dr C._____ ont dûment informé leur patient sur les risques et les importants bénéfices qu'il pourrait retirer de cette opération sur l'évolution de sa cyphose.

Le recourant échoue de plus à apporter la preuve d'une atteinte psychique additionnelle en lien de causalité adéquate avec l'accident. En effet, la lettre datée du 5 mai 2022 du Centre O._____ relatant un état dépressif depuis plusieurs mois ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer une quelconque valeur

probante. Quoi qu'il en soit, les parties s'accordent pour qualifier l'événement du 17 octobre 2018 comme un accident de gravité moyenne. Dans un tel cas de figure, pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (cf. considérant 3d *supra*). Or tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, l'événement litigieux ne présentait pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et n'a pas causé de lésions physiques propres à entraîner des troubles psychiques. De même, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical. Il n'existe pas d'indices pour admettre des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison. S'agissant de la condition du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, il convient de relever que les explications données par le recourant au sujet des circonstances de l'accident sont contradictoires. Dans ses premières déclarations, il explique qu'en voulant éviter un camion, le conducteur a perdu la maîtrise du véhicule dans lequel il dormait (cf. note d'entretien téléphonique du 24 octobre 2018), alors que, par la suite, il fait état d'un deuxième choc pour expliquer qu'il avait détaché sa ceinture de sécurité (cf. questionnaire CNA du 23 novembre 2018). En revanche, le recourant a maintenu qu'il ne se souvenait en réalité pas des circonstances précises de l'accident, de sorte que cet événement n'apparaît pas susceptible, en tant que tel, d'avoir favorisé une atteinte psychique. Quant aux conditions des douleurs physiques persistantes, à la durée du traitement médical et au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il convient de rappeler que les différents spécialistes consultés se sont accordés sur le diagnostic principal de fracture de type A3.1 (burst supérieure) de L1 ou D12 et ont informé le recourant dès le mois de février 2019 qu'une opération chirurgicale était indiquée pour éviter une aggravation de la cyphose qui s'expliquait également par des troubles physiques préexistants à l'accident. Selon les rapports médicaux figurant au dossier, le recourant a refusé catégoriquement cette opération et il a continué à prendre durant trois ans une antalgie médicamenteuse réduite en se soumettant occasionnellement à des traitements de physiothérapie, ce qui tend à montrer que, depuis 2019, son état était stationnaire et ses

douleurs somme toute supportables comme le décrivait son médecin traitant dans ses rapports. Or, l'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2). Ainsi, dans l'hypothèse où une atteinte psychique pourrait être retenue, il n'est pas démontré – au stade de la vraisemblance prépondérante – que les critères seraient remplis de sorte qu'il faudrait nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'état dépressif décrit par le recourant et l'événement litigieux.

d) Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a cessé d'octroyer au recourant des indemnités journalières à 100 % en raison de la stabilisation de ses atteintes à la santé liées à l'accident.

e) Le recourant réclame subsidiairement que lui soit allouée une rente entière d'invalidité. Il critique le revenu hypothétique de valide pris en compte par la CNA et le taux d'abattement appliqué sur le revenu d'invalidé, estimant que son revenu de valide devrait s'élever à 96'366 fr. et fait valoir qu'un taux d'abattement de 10 % est « largement sous-évalué ».

Deux mois après l'accident (cf. courriel de W. _____ Sàrl du 17 décembre 2018), la société employeur a informé la CNA que le salaire de son gérant avait été augmenté à 6'900 fr. par mois avec effet au 1^{er} août 2018, c'est-à-dire rétroactivement deux mois environ avant l'accident. Le recourant a également produit un avenant n° 1 à son contrat de travail, non daté et comportant sa signature à la fois en qualité d'employeur et de travailleur, ainsi que des fiches de salaires pour les mois d'août et de septembre 2018, qui mentionnent un salaire de 6'900 fr. par mois.

Or, un salaire mensuel de 5'000 fr. est annoncé dans la déclaration de sinistre datée du 19 octobre 2018. Concrètement, ce salaire de 5'000 fr. apparaît également le plus conforme à celui réalisé

effectivement par le recourant avant l'atteinte à la santé, en se fondant sur le certificat de salaire de 50'187 fr. net pour l'année 2017 établi le 30 janvier 2018 par la société employeur à des fins fiscales. Par ailleurs, il convient de rappeler la teneur de l'art. 15 al. 2 LAA prévoyant, pour le calcul des rentes, que le salaire déterminant est celui que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

Le fait que la CNA ait pris en compte à titre de revenu de valide un salaire annuel de 68'536 fr., à savoir 5'272 fr. x 13, correspondant à celui pour 2021 de la Convention nationale applicable, auquel se réfère précisément le contrat de travail du recourant, ne prête donc pas le flanc à la critique.

S'agissant du taux d'abattement de 10 % appliqué par la CNA sur le revenu hypothétique d'invalidé, il a été fixé sur la base des limitations fonctionnelles retenues par le médecin-conseil de la CNA et les médecins de la Clinique B._____, qui estimaient tous que le recourant pouvait exercer une activité adaptée à 100 % sans diminution de rendement.

Selon la jurisprudence, les limitations fonctionnelles ne peuvent justifier un abattement sur le revenu d'invalidé que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; TF 8C_174/2019 du 9 juillet 2019 consid. 5.2.2 et les références). En l'occurrence, on peut estimer que les limitations fonctionnelles consécutives à l'accident de 2018 restent compatibles avec des activités légères dans les secteurs de la production et des services comprises dans le tableau TA1_skill_level de l'ESS 2018 niveau de compétences 1.

Le recourant est titulaire d'un permis B et a travaillé pour différentes entreprises dans la construction en Suisse depuis 2005 (cf. extrait du compte individuel du 24 juin 2021). La jurisprudence considère que l'influence de la durée de service diminue dans la mesure où les

exigences d'un emploi dans le secteur privé sont moins élevées, de sorte qu'un abattement pour années de service n'est pas justifié dans le cadre du niveau de compétences 1 de l'ESS (correspondant au niveau de qualification 4 avant l'ESS 2012 ; cf. TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 ; 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Il en va de même en cas d'absence d'expérience et de formation, le niveau de compétences 1 de l'ESS concernant une catégorie d'emploi ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (TF 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2).

En conséquence, l'application par la CNA d'un taux d'abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité n'est pas critiquable compte tenu de la situation du recourant.

Le taux d'invalidité du recourant s'élève ainsi à 9 %, ce qui ne lui donne pas droit à une rente d'invalidité.

f) Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant. Il estime que celui-ci devrait s'élever à 50 % au moins compte tenu des restrictions fonctionnelles liées à sa fracture du nez et de la péjoration de l'état de santé mentale.

La CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20 % sur la base des conclusions de la Dre Q._____. Dans son appréciation du 12 juillet 2021, celle-ci s'est référée à la table 7 du barème établi par la CNA relatif aux atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale, prévoyant un taux situé entre 15 % et 20 %, en cas de fracture dorsale avec un angle supérieur à 21°, des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts, et un taux situé entre 20 et 30 % lorsque les douleurs sont permanentes, plus ou moins intenses, également la nuit et au repos, avec une charge supplémentaire impossible, ces douleurs ne diminuant que lentement, après aggravation. Elle a considéré que les séquelles présentées par l'assuré justifiaient d'appliquer le taux de 20 % au milieu des deux fourchettes d'évaluation.

L'évaluation de la Dre Q. _____ paraît convaincante. Elle n'est d'ailleurs remise en cause par aucun avis médical versé au dossier qui n'aurait pas déjà été pris en compte.

C'est par conséquent à juste titre que la CNA a fixé à 20 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle le recourant a droit.

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre de compléments d'expertise médicale. En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 24 mai 2022 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, Me Reymond a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Après examen de la liste des opérations déposée le 29 septembre 2023, il apparaît qu'elle ne peut pas être intégralement suivie. En particulier, la liste fait mention de démarches antérieures à la date à compter de laquelle l'assistance judiciaire a été accordée (13 juin 2022), lesquelles n'ont pas à être prises en charge au titre de l'assistance judiciaire dans le cadre de la présente procédure. Partant, il convient de retenir 25 heures et 45 minutes de prestations d'avocat rémunérées au tarif horaire de 180 fr., ce qui correspond à un montant total d'honoraires

de 4'635 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours et la TVA au taux de 7,7 %. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 5'241 fr. 50 (art. 3, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

d) 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. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 24 mai 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.
- IV. L'indemnité d'office de Me Alexandre Reymond, conseil du recourant, est arrêtée à 5'241 fr. 50 (cinq mille deux cent quarante et un francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.
- V. 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Reymond, avocat (pour N. _____),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

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

Le greffier :