

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 1075 vom 23. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__1075

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 1075 du 23 avril 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 1075 del 23 aprile 2025

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, LIEN DE CAUSALITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, LÉSION DE LA COLONNE VERTÉBRALE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ADMISSION PARTIELLE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, COMPARAISON DES REVENUS | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 61 let. c LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 1075

RENTE D'INVALIDITÉ, LIEN DE CAUSALITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, LÉSION DE LA COLONNE VERTÉBRALE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ADMISSION PARTIELLE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, COMPARAISON DES REVENUS | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 61 let. c LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 64/22 - 52/2025 ZA22.021017 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 23 avril 2025

_____ Composition : M. Neu , président M. Wiedler et Mme Livet, juges Greffier : M. Genilloud ***** Cause pendante entre : V. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Andreas Imobersteg, avocat à Berne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA E n f a i t : A. V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 10 août 2015 en qualité de ramoneuse pour le compte de l'entreprise individuelle M. _____. A ce titre, elle était obligatoirement assurée contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 22 septembre 2015, l'assurée a, dans le cadre de son activité, chuté dans les escaliers d'une cave et est tombée violemment sur le dos, lui occasionnant une contusion au niveau de la colonne vertébrale (cf. déclaration d'accident du 30 septembre 2015). Compte tenu des douleurs dorsales généralisées présentées par l'assurée, des radiographies conventionnelles de la colonne thoracique et de la colonne lombaire ont été effectuées le 28 septembre 2015, lesquelles étaient sans particularité (cf. rapport du 28 septembre 2015 du Dr R. _____, spécialiste en radiologie). La CNA a pris en charge le cas. Nonobstant la persistance de douleurs, l'assurée a repris le travail à temps plein à compter du 26 octobre 2015. Après une glissade annoncée à la CNA comme rechute, et compte tenu de la persistance de douleurs dorsales ainsi que de l'apparition de douleurs de type électrique aux bras et aux jambes lors de l'effort, des IRM de la colonne thoracique et de la colonne cervicale ont été effectuées le 13 janvier 2016. Une fracture de la 7^{ème} vertèbre thoracique avec atteinte du bord

postérieur était suspectée et une dégénérescence discrète du disque cervical (DD : une protrusion discale minimale post-traumatique sans neurocompression) était observée (cf. rapport du 13 janvier 2016 des Drs Z. _____ et I. _____, spécialiste en radiologie). Dans son rapport du 27 janvier 2016, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de douleurs localisées au milieu de la colonne thoracique et un état après contusion de la colonne thoracique avec fracture du plateau supérieur D7 le 22 septembre 2015. Il a précisé que la fracture s'était résorbée entre temps, mais que les douleurs présentées par l'assurée y étaient encore probablement liées. Dans le cadre d'examens radiologiques de suivi de la colonne thoracique, les médecins ont constaté la guérison complète de la fracture ; ils ont également décelé une hernie discale D7-D8, sans neurocompression (cf. rapport du 3 mai 2016 du Dr R. _____ et rapport du 8 mai 2016 du Dr L. _____). Selon un avis du Dr K. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, la hernie discale D7-D8 était, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident du 22 septembre 2015. Nonobstant la consolidation de la fracture et les traitements conservateurs entrepris (séances de physiothérapie, prise d'antalgiques et réalisation d'infiltrations), les sensations de fourmillements ont persisté, de même que les douleurs, lesquelles s'étaient même exacerbées. Dans un rapport du 11 août 2016, le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du [...], a exprimé l'avis selon lequel les douleurs de l'assurée n'étaient pas liées à la hernie discale D7-D8 mais plutôt à une lordose lombaire renforcée et à une mauvaise posture scoliotique convexe gauche minime. Compte tenu de l'extension des douleurs, il a préconisé d'adresser l'assurée au [...]. Dans un rapport du 26 septembre 2016, les Drs H. _____ et J. _____, spécialistes en anesthésiologie, du [...], ont posé les diagnostics de syndrome douloureux thoracique chronique sur contusion de la colonne vertébrale thoracique avec fracture du plancher D7 le 22 septembre 2015 et d'extension secondaire des douleurs. Dans un rapport du 8 décembre 2016, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique de la colonne thoracique sur status après chute en septembre 2015 et de protrusion discale médiolatérale gauche D7-D8. Par la suite, l'assurée a bénéficié, du 20 mars au 9 juin 2017, d'un programme de rééducation musculo-squelettique ambulatoire à l'Hôpital [...] à [...]. Dans un rapport du 19 juillet 2017, les Drs S. _____ et B. _____, spécialistes en médecine interne et en rhumatologie, ont estimé que l'activité habituelle de l'assurée de ramoneuse n'était, en raison des douleurs dorsales chroniques, plus exigible. Ils préconisaient une reconversion professionnelle dans une activité n'impliquant pas de ports de charges importantes. Dans son examen final du 18 octobre 2017, le Dr K. _____, médecin d'arrondissement, a posé le diagnostic de douleurs persistantes dans la région de la colonne vertébrale thoracique sur status après fracture de la vertèbre thoracique 7 et après chute dans les escaliers le 22 septembre 2015. Sans se prononcer explicitement sur la capacité de travail dont disposait l'assurée dans son activité habituelle de ramoneuse, il a indiqué qu'elle disposait d'une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée (travaux physiques tout au plus moyennement lourds, pas de postures forcées des membres supérieurs, pas de ports et de transports de charges excédant 15 kg, lesquels devaient être effectués dans une bonne position et sans torsion de la colonne vertébrale, et pas d'activités permanentes avec des machines percutantes et vibrantes). Dans un avis séparé, le Dr K. _____ a par ailleurs fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %, sur la base du Tableau 7 de la CNA. Par décision séparée du 27 octobre 2017, la

CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %. Cette décision, non contestée, est entrée en force. A la demande de la CNA, le Dr K. _____, médecin d'arrondissement, a complété son appréciation le 2 novembre 2017, précisant que l'activité habituelle de ramoneuse n'était plus exigible. Le 6 août 2018, l'assurée a débuté un apprentissage (CFC) d'électronicienne dans le cadre d'une mesure de reclassement professionnel financée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Cette mesure, qui devait initialement se terminer le 31 juillet 2022, puis le 31 juillet 2023, a toutefois dû être interrompue de manière prématurée le 18 août 2020 en raison de l'apparition, puis de la péjoration de problèmes gastriques. Le 25 février 2021, de nouvelles IRM de la colonne thoracique et lombaire ont été effectuées. Celles-ci mettaient en évidence (traduction libre) la présence d'une discopathie débutante en D7-D8 avec hernie discale paramédiane gauche de petit volume, sans effet compressif, d'un léger rétrécissement des deux récessus latéraux au niveau de L4-L5 suite à une protubérance discale à large base, sans effet compressif, d'une hernie discale médiane de petit volume L5-S1 avec un léger rétrécissement récessal gauche ainsi qu'une irritation douloureuse de la racine S1 gauche, à comparer avec les symptômes cliniques ; il n'y avait « pas de preuve de modifications post-traumatiques » (cf. rapport du 25 février 2021 du Dr X. _____, spécialiste en radiologie). Une infiltration L5 gauche (cf. rapport du 23 avril 2021 du Dr T. _____, spécialiste en anesthésiologie, mentionné par le Dr P. _____, spécialiste en neurochirurgie, dans ses rapport des 16 et 21 juin 2021), puis une microdiscectomie L4-L5 gauche (cf. rapport du 21 juin 2021 du Dr P. _____) ont dès lors été réalisées. Compte tenu de l'amélioration des troubles gastriques, l'OAI avait, dans l'intervalle, pris en charge un entraînement à l'endurance du 1^{er} mars au 31 juillet 2021, lequel a toutefois dû être interrompu prématurément le 7 juin 2021 en raison de la récurrence des problèmes gastriques et des lombo-sciatalgies à prédominance gauche. Dans un avis du 13 août 2021, le Dr K. _____, médecin d'arrondissement, a posé les diagnostics de status après fracture de la colonne vertébrale 7 avec discopathie D7-D8, et de discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1. Il a précisé que seul le premier diagnostic était à mettre en lien avec l'accident du 22 septembre 2015, le second étant purement d'ordre dégénératif. Par décision du 10 novembre 2021, la CNA a statué sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et a octroyé à cette dernière une rente d'invalidité de 20 % à compter du 8 juin 2021, soit le lendemain de l'échec des mesures de réadaptation mises en place par l'OAI. Par pli du 3 décembre 2021, complété le 4 janvier 2022, l'assurée, désormais représentée par Me Andreas Imobersteg, a fait opposition à l'encontre de la décision précitée de la CNA. En substance, elle a requis la poursuite de l'instruction médicale, faisant valoir que ses problèmes digestifs (maladie du pancréas) et ses douleurs lombaires étaient bien en lien de causalité avec l'accident du 22 septembre 2015, et que son profil d'exigibilité, établi le 16 octobre 2017 par le médecin d'arrondissement, s'était entre temps modifié et ne saurait encore prévaloir. Par décision sur opposition du 14 avril 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. Relevant que seules les séquelles présentes au niveau des vertèbres D7-D8 de la colonne thoracique étaient en lien de causalité avec l'accident du 22 septembre 2015, à l'exclusion des troubles lombaires L4-L5 et gastriques, elle a estimé que l'appréciation du 16 octobre 2017 du médecin d'arrondissement devait être confirmée, l'état de santé de l'assurée ne s'étant pas modifié dans l'intervalle. Elle a dès lors considéré qu'aucune instruction complémentaire n'était nécessaire. Elle a par ailleurs confirmé le taux d'incapacité de 20 %, compte tenu d'un revenu de valide de 77'220fr. et d'un salaire d'invalidité de 61'881 francs. B. Par acte du 24 mai 2022, traduit de l'allemand le 30 juin 2022, V. _____, par la plume de son

mandataire, a déféré la décision sur opposition du 14 avril 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation (recte : à sa réforme) et à ce qu'une rente d'invalidité, fixée sur la base d'un taux d'invalidité d'au moins 50 %, lui soit versée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA en vue de mettre en œuvre une expertise interdisciplinaire indépendante, très subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA afin qu'elle établisse un nouveau profil d'exigibilité. La CNA avait violé son droit d'être entendue et la maxime inquisitoire, dans la mesure où elle n'avait pas examiné ses moyens de preuve et n'avait pas procédé à un examen approfondi du dossier médical. La CNA se devait d'examiner l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs thoraciques et les troubles digestifs dans la mesure où les vertèbres thoraciques D7 et D8 exercent une influence notamment sur la rate, le pancréas, l'estomac, les intestins, le foie et la vésicule biliaire. En outre, l'avis du 13 août 2021 du médecin d'arrondissement, niant le lien de causalité entre la hernie discale L4-L5 et l'accident litigieux, n'était nullement motivé. Elle déplorait également que les douleurs liées à l'accident n'étaient pas clairement différenciées de celles qui ne l'étaient pas. En outre, le profil d'exigibilité n'était plus d'actualité dans la mesure où il avait été établi près de cinq ans auparavant et qu'il ne tenait pas compte des résultats de la reconversion professionnelle en qualité d'électricienne interrompue prématurément en raison de son insuffisance pondérale et des douleurs thoraciques et lombaires. Enfin, son revenu d'invalidité devait, le cas échéant, être déterminé sur la base du salaire mensuel brut standardisé médian pour le niveau de compétence 1, soit un revenu d'invalidé de 56'792 fr., auquel un abattement d'au moins 10 % devait être encore imputé, ce qui donnerait en définitive un taux d'invalidité arrondi de 28 %. Dans sa réponse du 13 octobre 2022, la CNA a conclu au rejet du recours. Dans son avis du 11 octobre 2022, la Dre G. _____, médecin d'arrondissement, a confirmé l'appréciation du Dr K. _____, aussi bien concernant l'absence de lien de causalité entre l'accident litigieux et les troubles lombaires en L4-L5 ainsi que les troubles gastriques que concernant la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, singulièrement du revenu d'invalidé, il devait en tout point être confirmé. Par réplique du 5 décembre 2022, l'assurée a fait valoir que la CNA avait violé son obligation de motiver en s'appuyant sur un profil d'exigibilité obsolète datant de 2017. Dans son appréciation du 13 août 2021, le médecin d'arrondissement avait repris le profil d'exigibilité établi en 2017 sans avoir été en possession de l'ensemble du dossier et sans la soumettre à un nouvel examen clinique. Contrairement à l'avis de la CNA, elle n'était plus capable d'exercer un travail physique modéré, notamment dans le secteur du service des brûleurs à mazout, et une activité de bureau n'était pas exigible de sa part, faute de disposer de connaissances et d'expérience pratique dans une telle activité. Enfin, un abattement d'au moins 5 % sur le salaire d'invalidé retenu était justifié. Par duplique du 22 décembre 2022, la CNA a derechef conclu au rejet du recours. Par déterminations du 29 février 2024 (28 février 2024, selon la traduction française de l'acte), l'assurée a modifié ses conclusions, concluant désormais, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse (recte : à sa réforme) et à ce qu'une rente d'invalidité, fixée sur la base d'un taux d'invalidité d'au moins 50 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de plus de 20 %, laissée à la libre appréciation du juge, lui soient versées, subsidiairement à son annulation et à la réalisation d'une expertise polydisciplinaire avec volets rhumatologique, orthopédique, neurologique et psychiatrique, très subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA afin qu'elle procède à des vérifications supplémentaires et

établit un nouveau profil d'exigibilité. La CNA avait évalué son état de santé exclusivement d'un point de vue neurochirurgical et le profil d'exigibilité établi en 2017 ne tenait pas compte des troubles psychiques, rhumatologiques et orthopédiques, également causés par l'accident, raison pour laquelle la mise en œuvre d'une expertise polydisciplinaire se justifiait. Par pli du 21 mars 2024, la CNA a confirmé ses précédentes écritures. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur la question de la stabilisation de l'état de santé et le taux applicable à une telle prestation. 3. a) Dans un premier grief de nature formelle, la recourante reproche à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendue et la maxime inquisitoire en ne donnant pas suite à ses offres de preuve ainsi qu'en omettant d'instruire à suffisance divers points utiles à l'établissement des faits, en particulier les problématiques liées à la colonne lombaire et aux troubles gastriques. b) La violation du droit d'être entendu et de la maxime d'instruction dans le sens invoqué par la recourante sont des questions qui n'ont pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (voir TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il est possible en effet de renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires ou plus généralement une violation du droit d'être entendu, si l'on est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). Il s'agit par conséquent de griefs qu'il convient d'examiner avec le fond du litige. 4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023). 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). aa) 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). bb) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2). c) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). d) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). 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). aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1_tirage_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré. Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des

conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (TF 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 6.2.1 et les références). 5. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). 6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 7. a) En l'espèce, la recourante fait tout d'abord valoir qu'il existe un lien de causalité entre l'accident du 22 septembre 2015 et, d'une part, ses troubles gastriques, d'autre part, ses atteintes à la colonne lombaire. De son côté, l'intimée, se fondant en particulier sur l'appréciation du 13 août 2021 du Dr K. _____, médecin d'arrondissement, estime que ces affections ne sont pas en lien de causalité avec l'accident. b) Cela étant, il n'existe aucune raison de s'écarter de

l'appréciation du Dr K._____. Dans son appréciation du 13 août 2021, le Dr K._____ a expliqué que la discopathie débutante en D7-D8, soit au niveau de l'ancienne fracture, devait être considérée comme une modification due à l'accident du 22 septembre 2015. En revanche, s'agissant des troubles lombaires en L4-L5 et L5-S1, il a émis l'avis qu'ils étaient de nature purement dégénérative et n'avaient aucun lien avec les affections D7, précisant à cet égard qu'il n'existait aucune corrélation anatomique entre ces affections et la symptomatologie existant au niveau de la colonne lombaire. Par ailleurs, la Dre G._____, dans son appréciation du 11 octobre 2022, a confirmé l'avis du Dr K._____ s'agissant de la causalité naturelle entre l'accident litigieux et les troubles au niveau des vertèbres D7-D8, respectivement l'absence de causalité naturelle entre ledit accident et les atteintes en L4-L5 et L5-S1. S'agissant des troubles gastriques, la Dre G._____ a indiqué qu'en l'absence de lésion médullaire ou d'un déficit neurologique documenté depuis l'impact et de lésion médullaire prouvée aux IRM cervico-dorsales, aucun diagnostic du registre neurologique/neurochirurgical ne pourrait expliquer l'existence de tels troubles. Contrairement à ce que soutient la recourante, il peut être tenu compte de l'appréciation du 11 octobre 2022 de la Dre G._____ dans la mesure où, bien que postérieure à la décision attaquée, elle a été rendue sur la base de la situation médicale de la recourante telle qu'elle existait au moment de la décision litigieuse. c) De son côté, la recourante n'apporte aucun élément médical susceptible de jeter le doute sur les appréciations des Drs K._____ et G._____. aa) La recourante expose que les vertèbres thoraciques D7-D8, affectées lors de sa chute du 22 septembre 2015, exercent une influence notamment sur la rate, le pancréas, l'estomac, les intestins, le foie et la vésicule biliaire. Elle fonde son argumentation essentiellement sur un document intitulé « le système nerveux » (traduction libre) tiré d'internet, qu'elle a produit, ainsi que sur l'avis du Dr W._____, spécialiste en chirurgie, qui le lui aurait « expressément confirmé ». Cela étant, on cherche en vain au dossier un rapport médical, en particulier du Dr W._____, qui évoquerait l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident litigieux, respectivement les atteintes aux vertèbres D7-D8, connues de ce dernier, et les troubles gastriques. A cet égard, il convient en particulier de relever que dans ses rapports, notamment des 25 août et 15 octobre 2020, le Dr W._____ a uniquement constaté que la recourante avait pris du poids postérieurement à l'accident. Or on ne peut déduire de cette seule affirmation que les troubles gastriques sont liés à l'accident litigieux. Quant au document relatif au système nerveux, il ne saurait, en l'absence d'autres éléments médicaux objectifs, suffire à jeter le doute sur l'appréciation du Dr K._____. bb) La recourante allègue également qu'il existerait un lien de causalité naturelle entre l'accident du 22 septembre 2015 et ses troubles au niveau lombaire. Force est toutefois de constater que, là encore, aucun rapport médical n'évoque, respectivement ne rend vraisemblable, l'existence d'un tel lien. Cela étant, il y a lieu de relever que les radiographies du rachis lombaire réalisées peu de temps après l'accident, soit le 28 septembre 2015, n'ont pas révélé de fracture et étaient normales. S'agissant spécifiquement des hernies discales, il sied par ailleurs de rappeler qu'il découle de la jurisprudence que, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les

symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (TF 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.3). Il faut encore préciser qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1). En outre, le fait que la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale, mentionne que la recourante souffre depuis l'accident d'une irradiation de douleurs jusque dans les vertèbres lombaires n'est pas susceptible de remettre en cause l'appréciation de l'intimée dans la mesure où cette appréciation, qui s'apparente d'ailleurs à un raisonnement post hoc, ergo propter hoc, n'est pas étayée par des éléments objectifs. Au demeurant, l'on constate que les douleurs présentées par la recourante après l'accident se localisaient avant tout au niveau des vertèbres D7-D8 (cf. rapports des 27 janvier, 17 mars, 8 mai et 15 juin 2016 du Dr L._____.) cc) La recourante semble enfin prétendre souffrir de troubles psychiques qui seraient liés à l'accident litigieux. Certes, il ressort du dossier que la recourante semble bénéficier d'un suivi médical dispensé par une psychologue. Toutefois, aucun rapport relatif à cette discipline médicale ne figure au dossier. De plus, il appert que les troubles psychiques sont liés à des facteurs étrangers à l'accident ou à ses suites (cf. notes d'entretien des 1^{er} mars 2019, 10 janvier et 26 juin 2020 de l'OAI). Quoiqu'il en soit, et indépendamment de la question de savoir s'il existerait un lien de causalité naturelle entre l'accident du 22 septembre 2015 et d'éventuelles atteintes d'ordre psychique, il conviendrait, compte tenu de la jurisprudence applicable en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident, de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate. En effet, l'accident subi par la recourante correspondant vraisemblablement à un accident de gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité (cf. TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 6.7), il semble peu plausible, compte tenu du déroulement de l'accident, de la nature des lésions subies et des conséquences de celles-ci, que la recourante remplirait suffisamment de critères pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident litigieux et d'éventuels troubles psychiques additionnels aux atteintes aux vertèbres thoraciques D7-D8. d) En définitive, il ne saurait être reproché à l'intimée d'avoir considéré que les troubles gastriques et les atteintes lombaires présentés par la recourante n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 22 septembre 2015. Contrairement à ce que prétend la recourante, le seul fait que le dernier examen clinique ait été réalisé en date du 16 octobre 2017, soit environ 4 ans et demi avant la décision entreprise, n'est pas décisif dans la mesure où la situation médicale ne semble pas avoir évolué. L'intérêt d'un examen clinique est d'ailleurs limité pour ce qui est de se prononcer sur des questions de causalité naturelle. Au demeurant, faute pour la recourante d'avoir produit des éléments médicaux objectifs rendant vraisemblables les atteintes invoquées, respectivement permettant de douter des conclusions du Dr K._____, il ne saurait être reproché à l'intimée de s'être rendue coupable d'une violation de la maxime d'instruction en n'instruisant pas plus avant les questions liées à la colonne lombaire et aux troubles gastriques. 8. Pour le reste, force est de constater que pour les seules atteintes aux vertèbres thoraciques D7-D8, l'état de santé est stabilisé. Le Dr K._____, dans son

rapport du 18 octobre 2017, a constaté que la fracture du plateau supérieur D7 était guérie. Ce constat est au demeurant confirmé par les pièces au dossier, notamment par les rapports des 27 janvier et 8 mai 2016 du Dr L._____, et par la Dre G._____, sur la base des imageries de l'IRM du 25 février 2021. S'agissant des douleurs induites par la protrusion discale D7-D8, seules des mesures conservatrices (séances de physiothérapie, prise d'antalgiques et réalisation d'infiltrations) visant à diminuer les douleurs ont été mises en place. Aucun des médecins consultés n'avait de mesures thérapeutiques supplémentaires à proposer et aucune intervention chirurgicale n'était prévue, ni préconisée en raison des risques qu'elle comportait (cf. par exemple le rapport du 8 décembre 2016 du Dr C._____).

9. a) L'état de santé au niveau des vertèbres thoraciques D7-D8 étant considéré comme stabilisé, il convient désormais d'examiner si l'intimée a fixé de manière correcte le taux d'invalidité de la recourante, étant précisé que le début de la rente a, à juste titre, été fixé le 8 juin 2021, soit le lendemain de l'interruption des mesures de réadaptation mise en œuvre sous l'égide de l'OAI (entraînement à l'endurance). b) En l'occurrence, l'intimée a arrêté le taux d'invalidité de la recourante à 20 %. Pour ce faire, elle a tenu compte d'un revenu de valide de 77'220 fr., conformément aux informations fournies par son ancien employeur, M._____, et d'un revenu d'invalidé de 61'881 fr., déterminé sur la base du tableau de l'ESS 2018 TA1_tirage_skill_level, total femme, niveau de compétence 2 (adapté à la durée normale hebdomadaire de travail en 2018 en Suisse, à savoir 41,7 heures, puis indexé à l'année 2021). Elle a justifié l'application du niveau de compétence 2 en particulier par le fait que la recourante peut faire valoir à la fois ses formations et ses compétences professionnelles. Elle n'a, par ailleurs, procédé à aucun abattement. c) La recourante conteste le calcul de son taux d'invalidité effectué par l'intimée ; elle estime que son revenu d'invalidé doit être fixé sur la base du niveau de compétence 1 et non pas sur la base du niveau de compétence 2 et estime qu'un abattement doit être porté en déduction de son revenu d'invalidé afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, elle réclame une indemnité pour atteinte à l'intégrité de plus de 20 %. aa) La recourante ne conteste pas, à juste titre, le revenu de valide tel que fixé par l'intimée, lequel peut être confirmé. Cela étant, il y a lieu de considérer, à l'instar de la recourante, que son revenu d'invalidé aurait dû être déterminé sur la base du niveau de compétence 1 du tableau de l'ESS 2018, TA1_tirage_skill_level. En effet, l'application du niveau de compétence 2 – lequel se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicule – se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières (TF 8C_605/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.2.2). En l'occurrence, l'intimée considère qu'il est justifié de se référer au niveau de compétence 2 au motif que les séquelles de l'accident litigieux ne limitent pas la recourante dans l'exercice d'une activité proche du domaine du ramonage. Cependant, force est de constater que la recourante ne dispose pas de compétences ou connaissances particulières dans une autre activité, même proche du ramonage. Le fait qu'elle dispose de compétences étendues dans le domaine du ramonage, certifiées par un CFC, permet tout au plus d'admettre qu'elle dispose, a priori, de connaissances transversales utiles à l'exercice d'une autre activité, mais en aucun cas de connaissances spécifiques nécessaires et indispensables à celle-ci. Par ailleurs, si la recourante est, à la lecture du dossier AI, également titulaire d'une formation commerciale certifiante, il n'en demeure pas moins qu'elle n'a jamais travaillé dans ce domaine ; elle n'a en réalité travaillé qu'en qualité de ramoneuse après l'obtention de son CFC. De plus,

aucune pièce au dossier ne permet de conclure qu'elle aurait effectué des tâches d'ordre administratif dans le cadre de ses précédents emplois de ramoneuse, notamment auprès de M. _____ (cf. réponses de ce dernier au questionnaire employeur de l'OAI, le 27 décembre 2016), de sorte qu'une remise à niveau de ses compétences serait, selon toute vraisemblance, nécessaire. bb) Pour le reste, il n'y a pas lieu de procéder à un quelconque abattement sur le salaire d'invalidé. En effet, au vu des limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement dans son rapport du 18 octobre 2017 en lien avec les troubles aux vertèbres thoraciques D7-D8 (travaux physiques tout au plus moyennement lourd, pas de postures forcées des membres supérieurs, pas de ports et de transports de charges excédant 15 kg, lesquels doivent être effectués dans une bonne position et sans torsion de la colonne vertébrale, et pas d'activités permanentes avec des machines percutantes et vibrantes) et du panel d'activités correspondant au niveau de compétence 1, on ne saurait considérer que la recourante serait à ce point désavantagée aux yeux d'un employeur potentiel et qu'elle rencontrerait davantage de difficultés en comparaison avec une personne en bonne santé. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient la recourante, le profil d'exigibilité établi par le Dr K. _____ dans son rapport du 18 octobre 2017 demeure valable dans la mesure où la situation au niveau des vertèbres D7-D8 n'a pas évolué depuis plusieurs années et qu'il apparaît que tant l'apprentissage d'électronicienne que la mesure d'entraînement à l'endurance ont été interrompus en raison des troubles lombaires, gastriques et psychiques. d) Au vu des éléments qui précèdent, le salaire d'invalidé de la recourante doit par conséquent être recalculé : Il y a lieu de se référer au salaire statistique prévu par le tableau ESS 2018 (TA1_tirage_skill_level, total femme, niveau de compétence 1), soit un montant mensuel de 4'371 francs. Ce montant doit ensuite être adapté à la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures durant l'année 2018 (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01). Le revenu annuel avec invalidité, indexé à 2021 (+ 1 % [2019] ; + 0,9 % [2020] ; + 0,1 % [2021]), année où le droit à la rente a pris naissance, s'élève ainsi à 55'818 fr. 36. En définitive, au regard d'un revenu de valide de 77'220 fr., le taux d'invalidité de la recourante doit être nouvellement fixé à 27,72 %, arrondi à 28 % (ATF 130 V 121). 10. Pour le reste, la conclusion de la recourante relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est irrecevable, dans la mesure où elle est exorbitante à l'objet de la contestation. En effet, la décision du 27 octobre 2017 de l'intimée, entrée en force à défaut d'avoir été contestée, a fixé de manière définitive ladite indemnité pour les troubles liés aux vertèbres D7-D8, seuls en lien de causalité naturelle avec l'accident du 22 septembre 2015. 11. Le dossier est complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il apparaît superflu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; TF 9C_777/2020 du 21 septembre 2021 consid. 5.2.1). Il sied en outre de rappeler que, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, ce n'est que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant, ou d'un expert privé,

auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, et que la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis, qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; TF 8C_559/2022 du 21 mars 2023 consid. 3.1.2), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. 12. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis. La décision rendue le 14 avril 2022 par l'intimée est reformée en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 28 % à compter du 8 juin 2021. Le recours doit être rejeté pour le surplus, dans la mesure où il est recevable. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). c) Vu le sort de ses conclusions, la recourante a droit à une indemnité de dépens réduite, à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 4 avril 2024 par Me Imobersteg, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]). d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Imobersteg peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. La liste des opérations déposée le 4 avril 2024 fait état de 26,35 heures de travail pour la période du 18 mai 2022 au 4 avril 2024, pour des honoraires s'élevant à 8'735 fr. 80. Dite liste ne peut être entièrement suivie et doit être réduite, pour les motifs qui suivent. Le temps consacré au recours doit être réduit à huit heures, ce d'autant plus que certaines opérations annexes ne sont pas couvertes par l'assistance judiciaire. La demande de prolongation de délai adressée à la Cour de céans relève, quant à elle, d'une tâche de secrétariat et doit être retranchée. De plus, le temps consacré à la réplique et aux déterminations est manifestement excessif, ce d'autant plus que ces actes reprennent, pour l'essentiel, les griefs formulés dans l'acte de recours. Ainsi, deux heures de travail pour chacun de ces actes peuvent être considérées comme suffisantes et justifiées. Il convient ainsi de retrancher 8,4 heures de travail (dont 3,15 heures en 2024). En outre, les frais de traduction, doivent être considérés comme des débours. Ceux-ci ont pour le reste été engagés unilatéralement et sans réelle nécessité par le mandataire de la recourante, raison pour laquelle il n'y a pas lieu de les indemniser au titre de l'assistance judiciaire. Il convient ainsi de fixer l'indemnité de Me Imobersteg à 3'213 fr. (17,85 heures x 180 fr. ; cf. art. 2 al. 1 let. a et b du règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RAJ ; BLV 211.02.3), auquel il convient d'ajouter les débours de 5 % (art. 3 bis al. 1 RAJ), soit 160 fr. 65, et la TVA de 7,7 % sur un montant de 2'241 fr. (12,45 heures x 180 fr.) pour les années 2022-2023 à hauteur de 172 fr. 55, et de 8,1 % sur un montant de 972 fr. (5,4 heures x 180 fr.) pour l'année 2024, soit 78,73 francs. L'indemnité est arrondie à 3'650 francs. e) L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 1'650 fr. (3'650 fr. – 2'000 fr.), sera provisoirement supporté par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], 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 (art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision sur opposition rendue le 14 avril 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas

d'accidents est réformée en ce sens que V. _____ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 28 % à compter du 8 juin 2021. III. Le recours est rejeté pour le surplus, dans la mesure où il est recevable. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à V. _____ une indemnité réduite de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. VI. L'indemnité d'office de Me Andreas Imobersteg, conseil de la recourante, est fixée, après déduction des dépens précités, à 1'650 fr. (mille six cent cinquante francs), débours et TVA compris. VII. La 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, tenue au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis 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 Andreas Imobersteg (pour V. _____), à Berne ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, - Office fédéral de la santé publique, à Berne, 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.