

VD_GERICHTE ZA21.041542 vom 30. September 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-09-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA21.041542

FR: VD_GERICHTE ZA21.041542 du 30 septembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZA21.041542 del 30 settembre 2022

Erwägungen

E. 27

novembre 2018, - les pièces requises auprès de l'assuré relatives à son contrat auprès de L._____ Sàrl, déjà transmises par son conseil à la CNA (courrier du 7 avril 2022). j) Dans ses déterminations du 13 mai 2022, l'assuré a déclaré qu'il persistait à contester le calcul du gain de valide opéré par la CNA. En particulier, il ne voyait aucun motif de s'écarter de la convention collective de travail applicable, de sorte que les indemnités de vacances et de jours fériés devaient être prises en compte. Le fait qu'il ait été engagé à temps partiel n'y changeait rien. Quant aux autres documents transmis, ils n'appelaient pas de remarques particulières de sa part sauf pour souligner qu'à la date de l'accident, l'immeuble était en construction. Il a renvoyé sur ce point aux photographies prises par la police le 27 novembre 2018 et versées au dossier pénal. k) La CNA n'a pas procédé plus avant. E n d r o i t :

- 16 - 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 30 juin 2021 et de la prise en charge du traitement médical dès cette date en l'absence (alléguée par le recourant) de stabilisation de son état de santé, subsidiairement sur le droit à une rente d'invalidité et le taux à la base de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. 3. Dans un grief de nature formelle, qu'il convient de traiter à titre préalable, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, l'intimée n'ayant « pas donné suite à sa requête d'instruction complémentaire sur le plan médical ». a) aa) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver,

- 17 - lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents

sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

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

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

- 18 - inexacte ou incomplète des faits pertinents et d'appréciation des preuves entachées d'arbitraire. Il sera donc examiné avec le fond du litige. En tout état de cause, on relèvera déjà que quoi qu'il en soit, le recourant a bénéficié de la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, à savoir la Cour de céans (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2), tout en exposant exhaustivement ses griefs, ce qui signifie a priori que la décision sur opposition litigieuse était suffisamment explicite pour être attaquée en connaissance de cause.

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

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

l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

- 19 - le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 et ATF 115 V 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2), ou encore d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109). Dans la troisième hypothèse, la jurisprudence distingue, tout d'abord, la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, l'examen de la causalité adéquate se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio- cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a ; 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique (tel que le prévoit notamment l'ATF

- 20 - 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées), mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa). En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité, il faut ensuite classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne et que les symptômes se trouvent toujours au premier plan, la causalité adéquate doit être examinée en appliquant, par analogie, les critères suivants (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a ; 117 V 369 consid. 4b) : ■ les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; ■ la gravité ou

la nature particulière des lésions ; ■ l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; ■ l'intensité des douleurs ; ■ les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; ■ les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; ■ l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10.2). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept

- 21 - ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid 3.3 et les références citées). b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Il appartient alors à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre (TF 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence citée). Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence citée). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3). 5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

- 22 - activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2012 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves médicales nécessaires et les apprécie librement sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait

l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui

- 23 - précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 6. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident en date du 27 novembre 2018 lors duquel il a subi des lésions au dos et à la tête ayant notamment nécessité deux séjours à la Clinique G. _____ en raison de divers troubles somatiques et psychiques. b) Sont litigieux le refus de l'intimée de poursuivre le versement des indemnités journalières et le remboursement des frais de traitement au-delà du 30 juin 2021 et la décision de passer à l'examen du droit à la rente d'invalidité. Ces questions reviennent à trancher le point de savoir si l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 juin 2021, à savoir s'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration au-delà de cette date. Dans ce cadre, le recourant fait pour l'essentiel valoir que son état n'est pas stabilisé à trois titres : en raison de lésions orthopédiques, du fait d'atteintes neurologiques, de troubles mictionnels et, enfin, de problèmes psychiques. aa) S'agissant des fractures des vertèbres dorsales, il ressort des consultations de l'appareil locomoteur pratiquées par la Dre N. _____ (cf. rapports des 15 juillet 2019, 18 septembre 2019, 22 octobre 2019, 23 novembre 2020, 13 janvier 2021, 11 février 2021, 25 mars 2021, 23 avril 2021 et 27 mai 2021) et des rapports de la Clinique G. _____ des 25 juin 2019 et 28 février 2020 que la prise en charge consiste en la prescription de physiothérapie, avec réentraînement à l'effort et au port de charges, et d'antalgiques ; aucune nouvelle intervention chirurgicale n'est envisagée. Le Dr C. _____ a au demeurant relevé que la poursuite de la physiothérapie, prise isolément, n'était pas susceptible d'améliorer notablement la situation (cf. rapport du 15 mars 2021). Il convient dès lors de retenir que, au regard de la jurisprudence précitée (cf. considérant 4b ci-dessus), la stabilisation doit être admise.

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

respiratoire pulmonaire en vue d'éliminer toute composante respiratoire pouvant majorer les aspects de fatigue et interférer avec les troubles neuro- cognitifs et leur évaluation (cf. rapport du 11 mai 2020). Au terme de son examen pneumologique, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics de ronchopathie et instabilité du sommeil multifactorielle et de status post toux chronique sur reflux gastro-oesophagien (cf. rapport du 25 août 2020). Au vu de ces diagnostics, une symptomatologie obstructive nocturne influant sur la fatigue et les troubles neurocognitifs peut être exclue. En effet, si le Dr Y. _____ réservait une réévaluation neuropsychologique avant amélioration et/ou stabilisation sur l'aspect psychologique des douleurs cervicales et dorsales (cf. rapport du 11 mai 2020), le Dr E. _____ conclut clairement à une stabilisation sur le plan neurologique et neuropsychologique (cf. rapport du 25 février 2021). cc) S'agissant des troubles mictionnels, les avis au dossier divergent quant au point de savoir s'ils sont d'origine somatique – ce que prétend le recourant (cf. également le rapport du Dr J. _____ du 2 novembre 2021) – ou psychique (cf. l'avis du Dr C. _____ du 25 mars 2021). S'ils sont d'origine somatique, leur stabilisation doit être examinée pour autant qu'un lien de causalité naturelle avec l'accident du 27 novembre 2018 soit admissible. Or tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis

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

E. 30

juin 2021 et à statuer sur le droit à la rente en mettant de ce fait fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical. Le grief formulé par le recourant à cet égard est infondé et doit être rejeté. d) Cela étant, il ressort du dossier que le recourant a également présenté des troubles psychiques dans les suites de son accident. Leur stabilisation, y compris celle des troubles mictionnels s'il devait être admis qu'ils sont d'origine psychogène, n'a lieu d'être examinée que pour autant qu'un lien de causalité adéquate soit admis. L'existence d'un lien de causalité naturelle n'est pas sujette à discussion, dès lors que le Dr S. _____ admet un tel lien entre l'accident du 27 novembre 2018 et les diagnostics retenus (trouble de l'adaptation avec réaction de type post-traumatique et trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques) chez un assuré ne révélant pas d'antécédents psychiatriques antérieurement à l'événement accidentel précité (cf. rapport du 10 février 2021). e) Se pose la question de savoir si un lien de causalité adéquate peut être admis en l'espèce. Le recourant expose qu'il remplit, à tout le moins cinq critères, à savoir le caractère impressionnant de l'accident, la gravité des lésions physiques (propres à entraîner des troubles psychiques), la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. f) Il est constant que l'événement du 27 novembre 2018 est un accident de gravité moyenne au sens strict, tel que retenu par l'intimée et admis par le recourant quand bien même il prétend être tombé d'une hauteur de 3 mètres 50. Or il ressort clairement du rapport d'investigations policières établi le 31 janvier 2019 par la police cantonale valaisanne que la hauteur de la chute est de 2 mètres 65, hauteur usuelle entre deux étages dans le domaine de la construction d'appartements, ce que confirme au demeurant la plaquette de promotion de l'immeuble versée au dossier. Quoiqu'il en soit, cette conclusion s'impose si l'on

- 27 - compare cet accident avec la casuistique tirée de la jurisprudence en matière de chutes d'une certaine hauteur. Ont en effet été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de cette catégorie, les chutes qui se sont produites d'une hauteur sensiblement plus élevée que 2 mètres 80 (soit entre 5 et 8 mètres) et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères. Le Tribunal fédéral a classé les cas de chute d'une hauteur d'environ 3 mètres plutôt dans la catégorie des accidents de gravité moyenne (TF 8C_826/2011 du 17 décembre 2012 consid. 6.2 et les références citées ; voir également TF 8C_547/2020 du 1er mars 2021). g) Il reste à déterminer si le recourant cumule trois des critères dégagés par la jurisprudence ou, à tout le moins, que l'un d'entre eux se soit manifesté de manière spécialement intense (cf. considérant 4a/bb supra). aa) S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, c'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (TF 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1). Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moindre lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident (TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 5.3; TF 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.1 ; TF 8C_434/2012 du 21 novembre 2012 consid. 7.2.3 ; TF 8C_584/2010 du 11 mars 2011 consid. 4.3.2, in SVR 2011 UV n° 10 ; TF 8C_624/2010 du 3 décembre 2010

consid. 4.2.1). En l'occurrence, cette condition n'est pas réalisée. On notera, tout d'abord, que le recourant a subi, ensuite de sa chute, une perte de

- 28 - connaissance laquelle a été de brève durée puisque, à l'admission au service des urgences de l'Hôpital D. _____, il était légèrement somnolent (lettre de sortie du 13 décembre 2018). La portée de ce critère doit dès lors être relativisée. Pour le reste, si le fait de tomber d'une hauteur de 2 mètres 65 a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident du 27 novembre 2018 n'apparaît pas du point de vue objectif – seul déterminant en l'espèce – particulièrement dramatique. bb) En ce qui concerne la gravité ou la nature particulière des lésions, le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral ne suffit pas, en soi, pour conclure à la réalisation de ce critère (ATF 117 V 369 consid. 4b). Il faut encore que les troubles caractéristiques d'une atteinte de ce type soient particulièrement graves ou qu'il existe des circonstances spécifiques qui influencent le tableau clinique (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2 et les références; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 9.3). Tel n'est toutefois pas le cas en l'espèce. Le recourant n'a été hospitalisé que quatre jours (du 27 au 30 novembre 2018) en raison d'un traumatisme crânio-cérébral léger à modéré et de fractures aux vertèbres dorsales D8 et D12, lesquelles ont fait l'objet d'une intervention chirurgicale dont les suites se sont avérées simples avec une bonne réduction des fractures au contrôle radiologique (cf. lettre de sortie du 13 décembre 2018). Si une embarrure pariéto-occipitale gauche a été mise en évidence lors de l'hospitalisation du recourant, elle a pu être traitée conservativement et il n'y avait pas de lésions décelables associées. Du point de vue neurologique, le Dr E. _____ a certes admis que l'intéressé présentait des séquelles post-traumatiques objectivables mais elles étaient restreintes en ce sens qu'elles étaient localisées dans la zone corticale au niveau de l'embarrure pariéto-occipitale gauche. Selon lui, ces lésions n'expliquaient ni le caractère, ni l'ampleur des troubles ni leur variation dans le temps. Il a ainsi relevé que le trouble mnésique ne pouvait pas être imputé à la lésion pariétale gauche. L'atteinte cognitive

- 29 - était tout au plus modérée (cf. rapport du 25 février 2021), tandis que le Dr Y. _____ a conclu à un examen neurologique « strictement normal » (cf. rapport du 11 mai 2020). cc) Le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, pertinent en matière de troubles psychiques, correspond à celui de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, s'agissant des traumatismes crânio-cérébraux (TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 6.2). L'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3 ; TF 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; TF U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). Par ailleurs, un traitement médicamenteux consistant en des antalgiques et des antidépresseurs n'a pas le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10.2.3 ; TF 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.5.4 ; TF 8C_878/2012 du 4 septembre 2013 consid. 4.2.4 ; TF 8C_305/2011 du 6 mars 2012 consid. 3.5). En l'espèce, le traitement médical a consisté en une hospitalisation de quatre jours au cours de laquelle le recourant a fait l'objet d'une intervention chirurgicale après quoi le traitement a revêtu un caractère conservateur consistant essentiellement, outre deux séjours à la Clinique G. _____, en des séances de physiothérapie et en la prescription de médicaments antalgiques sans aucune nouvelle indication chirurgicale. Ce critère n'est lors pas réalisé, étant précisé que ce sont surtout les nombreuses investigations

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

- 30 - accidentée (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.5). Dans leurs rapports des 25 juin 2019 et 28 février 2020, les médecins de la Clinique G. _____ ont relevé que le recourant se plaignait de douleurs au niveau dorsal et cervical sans qu'ils aient fait mention d'une incohérence de sa part. Ils ont toutefois souligné que la situation devait évoluer sur le plan psychologique et qu'un suivi devait être mis en place en vue de définir des stratégies de gestion de la douleur. Lors de son examen final, le Dr C. _____ a constaté qu'en dépit des traitements mis en œuvre et du temps écoulé depuis l'accident, les douleurs restaient très importantes et constituaient la plainte principale du recourant. Elles concernaient essentiellement la région dorso-lombaire, les douleurs pariétales gauches étant au second plan. Si le comportement douloureux s'était manifesté tout au long de l'examen clinique, il apparaissait que celui-ci n'avait rien révélé de particulier hormis une mobilité rachidienne limitée dans tous les plans, des changements de positions lents et précautionneux ainsi qu'une station assise inconfortable. L'imagerie ne permettait pas non plus d'expliquer les plaintes formulées. Aussi existait-il, d'après le Dr C. _____, une importante discordance entre l'ampleur des douleurs avancées et les constatations objectives de l'examen radioclinique qui allaient plutôt dans le sens de séquelles relativement modérées. Il convient encore de relever dans ce contexte que la Dre N. _____ a préconisé la poursuite du programme de réentraînement à l'effort et au port de charges avec une fréquence plus rapprochée du suivi afin de motiver le recourant (cf. rapport du 11 février 2021). Ainsi, même s'il évitait le port de charges et les travaux physiquement contraignants, le recourant accompagnait ses enfants à l'école, les ramenait à la maison, effectuait les commissions avec son épouse et conduisait la voiture sur de courts trajets, de sorte qu'il convient d'admettre qu'il n'est pas entravé de manière significative dans sa vie quotidienne. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le Dr C. _____ a conclu son appréciation en soulignant qu'une composante psychogène jouait un rôle important dans la situation médicale du recourant (cf. rapport du 15 mars 2021). Il s'ensuit que le critère de l'intensité des douleurs n'est pas non plus réalisé.

- 31 - ee) Il ne ressort d'emblée pas du dossier que des erreurs dans le traitement médical aurait entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident. ff) La même conclusion s'impose en ce qui concerne le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes. gg) Finalement, en ce qui concerne l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante, mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 ; TF 8C_115/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.3.7). En l'occurrence, le recourant n'a pas repris l'exercice d'une activité lucrative depuis l'accident dont il a été victime en novembre 2018. S'il n'est pas contesté que l'activité de maçon n'est plus exigible, les médecins de la Clinique

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

- 32 - trouble de l'adaptation avec réaction de type post-traumatique au vu des éléments évoqués par le recourant (éviter des chantiers, impression de chute en cas de montée ou descente d'escaliers, réveils nocturnes fréquents, tendance à l'isolement). Ce diagnostic a été confirmé par le Dr S. _____, lequel ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail avant que le cas ne soit considéré comme stabilisé sur le plan somatique (cf. rapport du 10 février 2021). A cet égard, le Dr C. _____ a jugé que, d'un strict point de vue orthopédique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées (pas de port de charges moyennes ni de positions statiques prolongées, surtout en porte-à-faux du tronc) même si une évaluation réaliste aurait dû, selon lui, intégrer la problématique psychique (cf. rapport du 15 mars 2021). On peut déduire de ces considérations que l'incapacité de travail attestée n'est pas uniquement due à des atteintes somatiques. Dans ces conditions, il n'est pas possible de retenir que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux seules lésions physiques est réalisé. e) En fin de compte, aucune des conditions alternatives pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et un accident de gravité moyenne n'est réalisée dans le cas d'espèce. Partant, en l'absence de causalité adéquate, la question de la stabilisation de l'état psychique ne se pose pas. 7. a) Pour évaluer le taux d'invalidité et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux

- 33 - d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2). b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). c) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé

par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). 8. a) La fixation du revenu sans invalidité est contestée par le recourant. Concernant ce revenu, il convient de déterminer le revenu réalisé dans l'année précédant le 27 novembre 2018. Le recourant a travaillé auprès de F._____ Sàrl jusqu'au 30 septembre 2017. Il est inscrit au chômage dès décembre 2017 (cf. extrait du compte individuel du 27 mai 2021) et à partir du 22 janvier 2018 (17

- 34 - selon le décompte de salaire du mois de janvier 2018) réalise un gain intermédiaire auprès de L._____ Sàrl, tout d'abord pour une durée déterminée jusqu'au 31 mars 2018 puis pour une durée indéterminée à un taux d'activité contractuel de 40 % (cf. contrat de travail du 22 janvier 2018). On ne peut pas se référer au salaire horaire réalisé en gain intermédiaire puisqu'au final, le revenu du recourant demeurera celui fixé par les organes de l'assurance-chômage, quelles que soient les conditions contractuelles, notamment salariées de l'activité en gain intermédiaire. Il convient donc de se référer aux douze derniers salaires réalisés auprès de F._____ Sàrl, soit un revenu de 61'282 fr. 90 (cf. questionnaire pour l'employeur complété le 17 juillet 2019 à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud). b) Le revenu avec invalidité ne peut être déterminé en l'état actuel du dossier, l'instruction médicale s'avérant lacunaire. En effet, le Dr E._____ a retenu, sur la base des éléments contemporains à l'accident, de l'évolution globale, de l'imagerie médicale et des constatations cliniques, une atteinte cognitive tout au plus modérée (cf. rapport du 25 février 2021). Il a expliqué que le recourant présentait des séquelles post-traumatiques objectivables mais qu'elles étaient restreintes en ce sens que leur localisation se situait à la zone corticale au niveau de l'embarrure pariéto-occipitale gauche. D'après ce médecin, ces lésions ne permettaient pas d'expliquer leur caractère, l'ampleur des troubles et leur variation dans le temps. A titre d'exemple, le trouble mnésique – dont le recourant s'est également plaint lors de l'examen par le Dr C._____ – ne pouvait pas être imputé à la lésion pariétale gauche. Le Dr E._____ en déduisait qu'il n'était pas possible d'évaluer exactement la « vraie » gravité des troubles neuropsychologiques en lien avec l'accident du 27 novembre 2018, raison pour laquelle il estimait nécessaire une appréciation médico-théorique (cf. rapport du 25 février 2021). Selon lui, l'atteinte cognitive n'entraînerait pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon. Néanmoins, au vu des limitations fonctionnelles déjà retenues sur le plan somatique (cf. rapport du Dr C._____ du 15 mars 2021), il paraît a priori que l'activité de maçon ne devrait plus être adaptée. Il manque donc une appréciation de l'influence des troubles

- 35 - neuropsychologiques, dans la mesure où ils sont en lien de causalité avec l'accident du 27 novembre 2018 et sur la capacité de travail dans une activité adaptée, étant sur ce point rappelé la remarque du Dr C._____ selon laquelle la capacité de travail aurait dû faire l'objet d'une évaluation consensuelle pour être réaliste (cf. rapport du 15 mars 2021), point de vue auquel le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a adhéré dès lors qu'il a diligenté une expertise pluridisciplinaire (cf. avis médical du 3 décembre

2021). Il ne saurait cependant être ordonné la suspension de la cause dans l'attente du dépôt de cette expertise puisqu'en matière d'assurance-invalidité la question ici essentielle du lien de causalité n'est pas abordée. 9. En dernier lieu et en tout état de cause, il s'impose d'examiner la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée par la CNA à concurrence de 30 % que le recourant conteste en estimant qu'elle devrait s'élever à 50 %.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). b) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité,

- 36 - qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence). c) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. d) En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents,

- 37 - l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA). e) En l'espèce, l'intimée a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 30 % sur la base, d'une part, de l'appréciation du Dr E. _____ (cf. rapport du 25 février 2021, dans lequel il retenait un taux d'atteinte à l'intégrité de 20 %

pour les troubles neurologiques consécutifs à l'accident du 27 novembre 2018) et, d'autre part, sur celle du Dr C. _____ (cf. rapport du 15 mars 2021, dans lequel il retenait un taux d'atteinte à l'intégrité de 10 % pour les atteintes orthopédiques découlant de l'accident précité). Dans la mesure où le taux retenu résulte de l'addition des estimations effectuées par les spécialistes prénommés, il ne peut être retenu. En effet, en s'abstenant de procéder à une évaluation de l'ensemble du dommage subi par le recourant, l'intimée a contrevenu à l'art. 36 al. 3 OLAA. Aussi convient-il, sur ce point, de compléter l'instruction aux fins d'effectuer une pondération des différents taux retenus au moyen d'une appréciation d'ensemble. 10. Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur l'ensemble des points litigieux. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à la CNA, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra de compléter l'instruction médicale par une évaluation bi-disciplinaire, orthopédique et neuropsychologique, qui elle seule permettra d'apprécier le plus objectivement possible la capacité de travail et les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée, tout comme l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devra également être appréciée sur la base de l'ensemble des atteintes à la santé présentées par le recourant. 11. Compte tenu de l'issue de la présente procédure, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires sous la forme d'une expertise portant sur les aspects

- 38 - somatique et psychique de son état de santé est sans objet, de même que sa requête de suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu sur la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par ses soins. 12. En définitive, le recours, partiellement bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. 13. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA). Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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