

VD_GERICHTE ZA23.021257 vom 8. Mai 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA23.021257

FR: VD_GERICHTE ZA23.021257 du 8 mai 2024

IT: VD_GERICHTE ZA23.021257 del 8 maggio 2024

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 47/23 - 46/2024 ZA23.021257 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 8 mai 2024 _____ Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Oppikofer, assesseur Greffier : M. Addor ***** Cause pendante
entre : G. _____, à I. _____, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à
Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,
à Lucerne, intimée. _____ 402

- 2 - Art. 6, 7, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA En
f a i t : A. a) Ressortissant kosovar au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis
C), G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1987, a travaillé en dernier lieu
en qualité de peintre en bâtiment pour le compte de l'entreprise Q. _____ Sàrl à
D. _____. Il percevait des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1er décembre
2016 et était à ce titre assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel
auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou
l'intimée). Le 15 mars 2017, l'assuré a été victime d'un accident lors d'un match de
football, au cours duquel il a été poussé par un joueur, lequel est ensuite tombé sur lui au
niveau du genou droit. Le cas a été annoncé à la CNA le lendemain, qui l'a enregistré sous
le numéro de sinistre 24.06950.17.7 et a versé les prestations légales dues pour les suites de
l'événement assuré (indemnités journalières et prise en charge des soins médicaux). Le jour
de l'accident, l'assuré s'est rendu à l'Hôpital W. _____ en raison de douleurs au genou
droit. Les examens effectués ayant conduit les médecins à soupçonner une entorse du
ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne, une IRM du genou droit a été
pratiquée le 31 mars 2017. Dans leur compte-rendu daté du même jour, les Drs P. _____
et A. _____, tous deux spécialistes en radiologie, ont retenu l'existence d'une rupture du
ligament croisé antérieur associée à une fissure transfixiante instable de la région moyenne
du ménisque externe. Ces lésions ont nécessité une intervention chirurgicale réalisée le 24
avril 2017 ayant consisté en une plastie du ligament croisé antérieur et une méniscectomie
externe partielle. Cette opération a été suivie, le 30 juin 2017, d'une reprise chirurgicale
sous la forme d'une arthroscopie du genou droit pour une synovectomie et une adhésiolyse
associée à une mobilisation sous narcose. Cette seconde intervention a permis une

- 3 - meilleure mobilité du genou (notice d'entretien téléphonique du 10 août 2017). Suivant
la proposition du Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de
l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement auprès de la CNA (rapport du 22
novembre 2017), l'assuré a séjourné à la Clinique J. _____ à N. _____ du 28
novembre au 20 décembre 2017 en vue d'une rééducation intensive et d'une évaluation
multidisciplinaire. Dans leur rapport du 15 janvier 2018, les Dres R. _____ et
S. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante, ont posé les

diagnostics de rupture du ligament croisé antérieur du genou droit et de fissure transfixiante du ménisque externe. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de quatre à six mois environ, sans qu'une nouvelle intervention chirurgicale ne soit préconisée. Alors que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était réservé, les médecins prénommés ont estimé qu'il était favorable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (pas de port de charges excédant 15 à 20 kg, pas de position accroupie, pas de marche ou station debout prolongée, pas de marche en terrain irrégulier). Des facteurs contextuels, tels qu'une kinésiophobie modérée et une légère catastrophisation, étaient toutefois susceptibles d'influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient. Après avoir procédé à l'examen médical final de l'assuré en date du 2 mai 2018, le Dr M._____ a retenu que, sur le plan objectif, le genou droit était calme et sans épanchement ; sa mobilité en flexion était limitée à 120° contre 135° à gauche ; l'articulation était stable dans le plan sagittal avec un Lachman montrant une course physiologique et un arrêt dur ; le Pivot shift était négatif mais il existait une amyotrophie marquée du quadriceps droit. Sur le plan subjectif, l'assuré concédait une amélioration même s'il estimait n'avoir pas retrouvé toute la mobilité et la force de son membre inférieur droit ; des douleurs apparaissaient après la physiothérapie et nécessitaient la prise quotidienne de paracétamol ;

- 4 - l'assuré ne pouvait pas courir mais n'avait pas de douleur nocturne ; il annonçait des lâchages fréquents du genou droit. En dépit de ces éléments, le Dr M._____ a jugé que, une année après la dernière opération subie, la situation médicale devait être considérée comme stabilisée. Aussi, le traitement de physiothérapie n'avait plus réellement de justification, l'assuré pouvant se remuscler lui-même en pratiquant le vélo. S'agissant de la capacité de travail, il a estimé qu'elle était entière dans une activité ne comportant pas de marches prolongées en terrain irrégulier ni de travaux accroupis et à genoux. Le 29 mai 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 juin 2018, l'examen du Dr M._____ ayant conclu à la stabilisation de la situation médicale s'agissant des seules suites de l'accident du 15 mars 2017 et à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Elle a indiqué qu'elle allait examiner le droit de l'intéressé à d'autres prestations. Par décision du 12 octobre 2018, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, au motif que, après comparaison des revenus sans (69'312 fr.) et avec atteinte à la santé (64'595 fr.), le préjudice économique subi (7 %) était insuffisant pour ouvrir le droit à cette prestation. Elle a également refusé le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, les conditions légales n'en étant pas remplies. En date du 12 novembre 2018, l'assuré, représenté par Me Olivier Carré, avocat, s'est opposé à cette décision. Se prévalant notamment d'un rapport établi le 19 octobre 2018 par le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, il faisait valoir que la situation n'était pas stabilisée en raison de l'apparition d'une algoneurodystrophie rotulienne. De plus, dans un rapport du 5 octobre 2018, ce médecin avait fait état d'une probable bursite infra-patellaire qualifiée de « secondaire ». Outre les traitements spécifiques (médicamenteux, infiltration, glaçage) nécessités par ces atteintes,

- 5 - l'assuré estimait que des investigations complémentaires devaient être entreprises en vue de clarifier le caractère éventuellement post-traumatique de l'algoneurodystrophie. En tout état de cause, l'importance des douleurs et leur caractère handicapant devaient conduire à lui reconnaître une rente d'invalidité supérieure à 10 %, de même que les diverses

atteintes à la santé présentées fondaient selon lui une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux compris entre 5 et 15 % au moins. Dans un courrier du 26 février 2019 au conseil de l'assuré, le Dr V. _____, médecin praticien, a indiqué ce qui suit : « Suite à votre correspondance du 22 février dernier, je vous confirme que le Dr L. _____ [cf. rapport de consultation orthopédique du 19 février 2019, réd.] n'a pas retenu le diagnostic d'algoneurodystrophie, à mon avis, en raison de l'amélioration du Sudeck. Effectivement, le traitement médicamenteux, associé à la physiothérapie, a permis l'amélioration des symptômes du Sudeck, ce qui peut occulter ce diagnostic chez un médecin qui vient de voir, pour la première fois, Monsieur G. _____. Il n'empêche que le Dr L. _____ reconnaît la nécessité d'un changement d'activité en raison des limitations fonctionnelles du genou dans les activités contraignantes comme le port de charge, les positions agenouillée et accroupie, la montée et descente des escaliers. » Invité à effectuer une nouvelle synthèse du cas, le Dr M. _____ a conclu en ces termes son appréciation du 26 juin 2019 : « L'examen médical final du 2 mai 2018 relève l'amyotrophie des masses musculaires de la cuisse et du mollet droit, la flexion limitée du genou droit par rapport au côté sain. La stabilité ligamentaire est par ailleurs excellente. Il a été tenu compte de ces éléments dans l'octroi de limitations fonctionnelles pour les marches prolongées en terrain irrégulier ainsi que pour les travaux accroupis ou à genoux. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, les documents radiologiques les plus récents au PACS, soit des radiographies des deux genoux de face en charge, de face en incidence de Schuss de profil et des rotules axiale ne montrent pas de troubles dégénératifs permettant d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité. On relève tout au plus une certaine déminéralisation du fémur distal droit et du tibia proximal droit associée à une déminéralisation diffuse de la rotule droite. On ne peut pas non plus attribuer d'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour une instabilité ligamentaire, le testing ligamentaire

- 6 - de l'examen final du 2 mai 2018 montrant une excellente stabilité du genou droit tant dans le plan frontal que dans le plan sagittal. En conclusion, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est due des suites de l'accident du 15 mars 2017. A relever encore que, selon la table de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, une amyotrophie telle que celle constatée au niveau des masses musculaires de la cuisse droite ne donne droit à aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité. En conséquence, les éléments apportés postérieurement aux dernières appréciations des 2 mai et 18 juillet 2018 ne modifient pas l'exigibilité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Quant à l'évaluation pratiquée par le Dr L. _____ à la Clinique J. _____, il convient de s'adresser directement au médecin concerné ». Dans un rapport du 24 septembre 2020 faisant suite à une consultation réalisée l'avant-veille, le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que l'évolution était défavorable sur le plan de la symptomatologie douloureuse du genou droit malgré une viscosupplémentation réalisée trois mois auparavant. Aussi a-t-il estimé que, compte tenu d'une atteinte pluri-compartmentaire du genou droit, la seule option possible restait celle de l'implantation d'une prothèse totale du genou. En raison des nombreux documents médicaux versés au dossier, la CNA a consulté la Dre T. _____, spécialiste en chirurgie et médecin auprès du Centre de compétences de la médecine des assurances de la CNA, afin qu'elle se prononce sur l'exigibilité médicale formulée par le Dr M. _____ dans une activité adaptée, ainsi que sur l'existence d'une algoneurodystrophie et d'une atteinte à l'intégrité. Dans son rapport du 28 juillet 2021, cette médecin s'est exprimée en ces termes sous l'intitulé « Conclusions » : « En sachant qu'un état de santé est stabilisé, si, en dépit

d'un autre traitement/d'une autre thérapie, on ne peut plus s'attendre à une amélioration notable de l'état de santé dû à l'accident et si plus aucune autre augmentation de la capacité de travail n'est prévisible, nous confirmons que l'état de santé chez Monsieur G. _____ est stabilisé au moment de l'examen du 2 mai 2018.

- 7 - L'exercice de la profession antérieure chez Monsieur G. _____ n'est plus exigible. En revanche, nous estimons que l'exercice d'une activité professionnelle adaptée non contraignante pour les genoux, en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les marches en terrain irrégulier prolongées et répétées, les positions à genoux répétées, les ports de charges répétés de plus de 15-20 kg, et les montées et descentes répétées d'escaliers, d'échelles ou échafaudages, est exigible à 100 % horaire et de rendement. Monsieur G. _____ ne présentant ni un genou bloqué en extension ou en flexion, ni mobile tout au plus jusqu'à 90°, en se fondant sur la table 2 – atteinte à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des membres inférieurs – du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est pas justifiée. Nous ne pouvons reconnaître un SRDC [syndrome douloureux régional complexe, réd.] chez Monsieur G. _____, puisqu'à aucun moment dans la documentation à disposition, il est rapporté la présence d'un des critères de Budapest permettant de poser ce dit diagnostic, que ce soit anamnestique ou clinique. La déminéralisation/ostéopénie décrite à de nombreuses reprises est vraisemblablement en relation avec l'inutilisation prolongée des cannes anglaises. Nous soulignerons qu'en l'absence de l'imagerie réalisée en 2020, nous ne pouvons pas statuer sur le bien-fondé de l'implantation d'une prothèse totale du genou chez Monsieur G. _____. En revanche, nous pouvons assurer que cette intervention n'améliorera ni la capacité de travail, ni les limitations fonctionnelles déjà retenues et que si elle devenait d'actualité, elle sera du ressort d'une rechute ». b) Le 15 juin 2018, alors que G. _____ se trouvait au volant de son véhicule arrêté à une présélection pour bifurquer à gauche vers une station-service, celui-ci a été percuté à l'arrière par une voiture dont la conductrice inattentive avait perdu la maîtrise. Souffrant de douleurs à la nuque, l'assuré a été acheminé en ambulance à l'Hôpital W. _____ où les premiers soins lui ont été apportés et où le diagnostic de contracture para-cervicale gauche a été posé (rapport du 15 juin 2018). Dans un certificat médical du 19 juillet 2018, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin auprès de l'Hôpital W. _____, a relevé que, dans la mesure où l'assuré était déjà au bénéfice d'une incapacité de travail pour un problème d'une autre nature, il avait décliné la proposition qui lui avait

- 8 - été faite, à savoir une incapacité de travail de trois jours avec réévaluation auprès de son médecin traitant. Néanmoins, cette offre d'incapacité de travail demeurerait valable au plan médico-théorique. Informée par les soins du conseil de l'assuré de cet événement accidentel (courrier du 12 juillet 2018), la CNA l'a enregistré sous le numéro de sinistre 25.39821.18.3. Par courrier du 6 août 2018, elle lui a communiqué les éléments suivants : « Votre mandant a reçu des indemnités journalières jusqu'au 30 juin 2018, en relation au sinistre du 15 mars 2017. Suite à l'accident de la circulation du 15 juin 2018, Monsieur G. _____ a reçu un traitement mais pas d'arrêt de travail, comme nous l'a confirmé le Dr V. _____ le 11 juillet 2018 (voir les annexes). Le Dr C. _____ a signé le certificat du 19 juillet 2018, que nous vous remercions de nous avoir adressé, dans lequel il atteste rétroactivement une incapacité de trois jours à partir du jour de l'accident. A l'état actuel du dossier, l'accident du 15 juin 2018, ouvre donc le droit à la prise en charge des frais de

traitement mais pas le droit à l'indemnité journalière car ce droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et parce que les indemnités journalières pour l'accident du 15 mars 2017 ont été versées jusqu'au 30 juin 2018 ». Par décision du 5 septembre 2018, la CNA a, conformément à son courrier du 6 août 2018, nié le droit de l'assuré à des indemnités journalières pour les suites de l'accident du 15 juin 2018. Le 24 septembre 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision, en faisant valoir qu'il souffrait « d'un très probable whiplash syndrome » et que des examens complémentaires allaient prochainement être effectués par le Prof. H. _____, spécialiste en neurologie. Dans un courrier du 17 janvier 2019 à la CNA, le Prof. H. _____ a indiqué ce qui suit : « Référence est faite à votre courrier du 15 janvier 2019. En l'absence de lésion structurelle objectivable à l'IRM réalisée le 4 octobre 2018, il faut suivre mon évaluation du 2 octobre 2018 d'une évolution causale d'un maximum 18 à 24 mois post-traumatique,

- 9 - sauf à tenir compte de facteurs de personnalité ou de situation personnelle. L'évolution clinique subjective décrite comme « de pire en pire » évoque ici un facteur psychogène, en l'absence de toute lésion au status ou à l'imagerie, par ailleurs. Je ne suis pas en mesure d'évaluer si cette composante est en partie due à un effet « psychique » de l'accident ou est une caractéristique de personnalité, ce qu'un expert psychiatre pourrait évaluer. Au plan strictement organique, on doit à mon avis limiter les conséquences du whiplash d'ici à 18 mois ». Par décision du 5 février 2019 annulant et remplaçant la décision du 5 septembre 2018, la CNA a pris en charge les frais de traitement et reconnu le droit de l'assuré à une indemnité journalière jusqu'au 4 octobre 2018, date à laquelle une IRM cervicale avait exclu toute lésion des suites de l'accident du 15 juin 2018. Souffrant de céphalées occipitales chroniques, l'assuré a consulté le Prof. H. _____, lequel a demandé la réalisation d'une IRM cervicale (courrier du 12 janvier 2020 au Dr V. _____). Effectué le 31 janvier 2020, cet examen a conclu à l'absence de processus inflammatoire et d'expansivité sur le trajet du nerf d'Arnold, en particulier à droite. Il n'y avait pas non plus d'asymétrie des structures musculaires de la base du crâne. En revanche, il a mis en évidence une discopathie C3-C4 et C5-C6, mais sans conflit radiculaire ou médullaire. Le 23 mars 2020, l'assuré a transmis à la CNA un rapport établi le 4 mars 2020 par le Prof. H. _____ à la teneur suivante : « Je vous remercie de votre lettre du 2 mars, et je vous rappelle mes rapports datés du 2 octobre 2018 et du 15 janvier 2019. Sur le plan étiologique, il est impossible de prouver la causalité entre les anomalies observées à l'IRM (uniquement discopathie C3-C4 et C5-C6 avec trouble statique) et l'accident de type coup du lapin. On rappellera que ce type d'anomalie est d'ailleurs minime, qu'il n'y a pas d'atteinte des tissus mous, comme nous avons demandé de l'investiguer initialement. Le tableau actuel est donc essentiellement subjectif, selon les recommandations en vigueur, en l'absence d'anomalie organique significative, et en admettant une causalité qui en elle-même peut être contestée par certaines parties, on ne peut aller au-delà d'une

- 10 - période de 18 à 24 mois depuis la date de l'accident, dans ce type de situation ». Le 10 juin 2021, la CNA a sollicité l'avis du Dr O. _____, spécialiste en neurologie et médecin auprès du Centre de compétences de la médecine des assurances de la CNA, afin qu'il examine la persistance éventuelle de « troubles objectivables imputables de manière vraisemblable à l'accident du 15 juin 2018 au-delà du 4 octobre 2018 ». Dans son rapport du 23 juin 2021, ce médecin s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « Appréciation » : « Selon les éléments à disposition, Monsieur G. _____ a subi une distorsion cervicale. En effet, aux urgences de l'Hôpital W. _____, il s'est plaint seulement de nuchalgies. A

l'examen clinique, il a présenté une palpation du rachis douloureuse uniquement au niveau cervical supérieur. L'examen neurologique était normal. En se basant sur la classification de la Quebec Task Force, on retient un grade II (nucalgies, contraction musculaire). Le CT-scanner initial (pas à disposition) et l'IRM du 4 août 2018 n'ont pas mis en évidence de lésion post-traumatique en relation avec l'événement accidentel. Aucun suivi médical particulier n'a été prescrit. Lors de la consultation de l'assuré chez le Professeur H. _____, l'anamnèse a été décrite de manière beaucoup plus dramatique, avec des irradiations douloureuses au membre supérieur gauche et un épisode de vomissement. Sans préciser un délai exact, Monsieur G. _____ a rapporté une aggravation de son état de santé avec la persistance de nucalgies et l'apparition de céphalées, douleurs oculaires, l'impression de blocage cervical, quelquefois des nausées et des sensations vertigineuses. Il a même signalé une fatigue accrue avec une baisse de la concentration et une certaine tristesse secondaire. Or, à l'examen neurologique, le Professeur H. _____ n'a pas retrouvé de signe radiculaire irritatif ou déficitaire, ni d'autres anomalies neurologiques propres. Les plaintes cognitives n'ont pas pu être objectivées aux tests de dépistage. Seule constatation saillante, une contraction musculaire a été notée par le neurologue, qui l'a qualifiée d' « exagérée ». Cette évolution est surprenante dans la mesure où elle est en contraste marqué avec la présentation initiale, assez banale. On s'étonne également du fait que Monsieur G. _____ n'ait poursuivi aucun traitement, sauf la prise de quelques médicaments antalgiques, pendant les semaines et les mois après l'accident. Selon le rapport du Professeur H. _____, l'assuré a allégué une angoisse d'avoir subi une lésion au niveau de la colonne cervicale, ce qui l'aurait empêché de faire de la physiothérapie. Nous faisons remarquer au passage que la consultation du Professeur H. _____ a eu lieu trois jours après que Me Carré, avocat de l'assuré, ait formé opposition contre la décision de la Suva du 5 septembre 2018, qui a refusé à l'assuré le droit à une indemnité journalière.

- 11 - On rejoint l'avis du Professeur H. _____ qui confirme l'absence de lésion structurelle objectivable attribuable à l'accident du 15 juin 2018. On est également d'accord avec son appréciation selon laquelle l'aggravation « de pire en pire » ne s'explique pas par l'événement accidentel. Par contre, on ne saurait suivre son évaluation d'une évolution de 18 à 24 mois post-traumatiques ». Compte tenu de l'événement accidentel, de la présentation initiale, de l'imagerie et de l'inaction médicale du médecin traitant pendant les trois mois ayant suivi l'accident du 15 juin 2018, le Dr O. _____ a conclu à l'existence d'une distorsion cervicale de gravité discrète ayant cessé de déployer ses effets le 4 octobre 2018, date de l'IRM cervicale. c) Au vu de la jonction des causes concernant les accidents survenus le 15 mars 2017 (sinistre n° 24.06950.17.7) et le 15 juin 2018 (sinistre n° 25.39821.18.3) communiquée à l'assuré par courrier du 17 mai 2019, la CNA a, par décision sur opposition du 27 mars 2023, rejeté les oppositions formées par l'assuré contre les décisions des 12 octobre 2018 et 5 février 2019. S'agissant de l'accident du 15 mars 2017, la CNA a retenu que l'état de santé de l'assuré devait être considéré comme stabilisé à la date du 2 mai 2018, c'est-à-dire au jour de l'examen effectué par le Dr M. _____, ce que la Dre T. _____ a du reste confirmé le 28 juillet 2021. Elle a également observé que cette médecin ne s'était pas non plus écartée des limitations fonctionnelles décrites par le médecin d'arrondissement ni de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ces dernières. Aussi, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 69'312 fr comparé à un revenu d'invalidité issu des statistiques salariales de 64'595 fr. – sur lequel il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement supérieur à 5 % –, le préjudice économique subi était inférieur au seuil légal ouvrant droit à une rente d'invalidité de l'assurance- accidents.

Finalement, la CNA a estimé qu'en l'absence d'éléments médicaux déterminants susceptibles de mettre en doute l'appréciation des Drs M. _____ et T. _____, l'assuré n'avait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

- 12 - S'agissant de l'accident du 15 juin 2018, la CNA a retenu que le Prof. H. _____ avait posé le diagnostic de traumatisme de type « whiplash », repris aussi par le médecin traitant (Dr V. _____) ; de son côté, le Dr O. _____ avait posé le diagnostic de distorsion cervicale, qualifiée de discrète. Quant aux premiers médecins, ils avaient retenu une contracture para-cervicale gauche. En outre, l'assuré présentait des cervicalgies et des céphalées, c'est-à-dire des troubles appartenant au tableau clinique typique d'un traumatisme du rachis cervical. Aussi, la CNA a-t-elle examiné la question du lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles persistants au-delà du 4 octobre 2018 à la lumière des critères jurisprudentiels pertinents, ce qui l'a conduit à retenir que l'événement accidentel devait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu. Cela étant, l'existence d'un lien de causalité adéquate devait être niée, les critères objectifs déterminants n'étant pas réalisés. d) Le 11 mai 2018, G. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a alloué à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle du 14 octobre 2019 au 31 janvier 2020 (communication du 12 novembre 2019) suivie d'une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle sous la forme d'un entraînement progressif du 1er mai au 31 juillet 2020 (communication du 12 juin 2020). Par projet de décision du 9 juillet 2021, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à des prestations de l'assurance- invalidité (mesures professionnelles et rente d'invalidité), motif pris que, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, le préjudice économique subi – fixé à 3,65 % – était inférieur au seuil légal ouvrant le droit à ces prestations.

- 13 - B. a) Par acte du 15 mai 2023, G. _____, toujours représenté par Me Carré, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition du 27 mars 2023, en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa modification en ce sens qu'il « a droit à des indemnités journalières ainsi qu'à la couverture des frais médicaux jusqu'au 15 juin 2020 à tout le moins, ainsi qu'à une rente d'invalidité de 50 % et la reconnaissance de 15 % d'atteinte à l'intégrité, selon précisions à communiquer en cours d'instance, le cas échéant après instruction sur expertise médicale pluridisciplinaire sous l'autorité de la Cour de céans, très subsidiairement seulement renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants ». A titre de mesure d'instruction, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre. L'assuré a tout d'abord indiqué qu'il ne contestait plus le montant des indemnités journalières qui lui avaient été allouées. Cela étant, il soutenait que les atermoiements dans l'instruction de son dossier, dont il s'était du reste plaint à réitérées reprises auprès de la CNA, n'avaient fait que mettre en évidence le caractère irréaliste de l'activité adaptée réputée exigible de sa part à plein temps. En effet, il n'avait pas été en mesure de travailler à plus de 50 % dans le cadre des mesures de réinsertion allouées par l'office AI, alors même que sa motivation était très grande. De plus, il faisait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé, puisque plusieurs des éléments médicaux fondant la décision sur opposition litigieuse n'étaient plus d'actualité. Outre une arthrose et une ostéopénie mouchetée attestées par imagerie et parlant en faveur d'une

dégradation du genou droit, celui-ci présentait un Sudeck post- traumatique ainsi qu'une hypermobilité articulaire, cette dernière étant susceptible d'expliquer une instabilité persistante. Quant au whiplash syndrome consécutif à l'accident du 15 juin 2018, il continuait de déployer ses effets, si bien que les prestations d'assurance ne pouvaient être limitées au 4 octobre 2018 mais devaient bien plutôt être servies jusqu'au 15 juin 2020, conformément à l'avis du Prof. H._____.

- 14 - b) Dans sa réponse du 16 juin 2023, la CNA a, concernant l'accident du 15 mars 2017, relevé que les éclaircissements mis en œuvre dans le cadre de la procédure d'opposition avaient conclu à la stabilisation de l'état de santé s'agissant du genou droit et avaient permis d'exclure une algodystrophie, les éléments médicaux produits n'étant pas de nature à remettre en cause les appréciations des Drs M._____ et T._____. Au demeurant, ces médecins avaient tous deux retenu qu'une activité adaptée au handicap était exigible et que, en l'absence d'atteinte au genou droit, une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'entraînait pas en ligne de compte. Quant à l'accident du 15 juin 2018, la CNA a pris acte du fait que l'assuré ne contestait pas l'arrêt du versement des prestations d'assurance au 4 octobre 2018. Elle a finalement souligné que les lenteurs reprochées par l'assuré étaient largement imputables à son conseil, lequel avait, d'une part, sollicité moult prolongations de délai et, d'autre part, demandé la prise en charge de frais de traitement, ce qui nécessitait des investigations supplémentaires. Partant, la CNA a conclu au rejet du recours. c) Par réplique du 24 août 2023, l'assuré a une nouvelle fois souligné que l'état de son genou droit s'était détérioré. De plus, il a expliqué que, une fois posé, le diagnostic de syndrome de Sudeck l'avait empêché d'admettre la stabilisation de son état de santé au début de l'été 2018, si bien que c'était à tort que la CNA n'avait pas tenu compte du caractère post-traumatique de cette affection. Quoi qu'il en soit, la question de la stabilité de l'atteinte au genou souffrait de demeurer indéterminée, dans la mesure où une incapacité de travail due à l'accident de circulation du 15 juin 2018 avait en quelque sorte « pris le relais » de celle induite par l'accident de sport du 15 mars 2017. Ce nonobstant, la CNA avait fait fi de l'avis du Prof. H._____ quant aux conséquences du whiplash syndrome provoqué par l'accident du 15 juin 2018. Cela étant, en dépit de ses atteintes à la santé, l'assuré demeurait motivé par un plein retour à la vie professionnelle. Or les multiples stages effectués sous l'égide de l'assurance-invalidité avaient révélé qu'il n'était pas en mesure d'exercer une activité à un taux supérieur à 50 %, ce qui tendait, selon l'assuré, à établir l'existence d'une invalidité à long terme et d'une

- 15 - atteinte à l'intégrité. Quant aux retards dans le traitement du dossier, l'assuré estimait qu'il était oiseux de tenter de s'en défaire sur son conseil au seul prétexte que des incapacités de travail n'auraient pas été spécifiquement attestées par son médecin traitant à la suite du second accident. Il a déclaré maintenir les conclusions prises au pied de son mémoire de recours. d) Dans un mémoire complémentaire du 25 août 2023, l'assuré a signalé que l'office AI venait de rendre une décision de refus de rente, au motif que le degré d'invalidité était de 4 %. Quand bien même il n'entendait pas la contester, il faisait remarquer qu'il en allait différemment en matière d'assurance-accidents puisque le seuil légal ouvrant droit à une rente d'invalidité était fixé à 10 %. Quoi qu'il en soit, il a expliqué que l'algodystrophie avait « apporté la démonstration d'une sévère limitation des fonctionnalités [du] genou », si bien qu'il fallait admettre l'existence d'une atteinte à l'intégrité à long terme. Au vu de ces éléments, l'assuré a intégralement persisté dans les conclusions prises au pied de son mémoire de recours. e) Dupliquant en date du 12

septembre 2023, la CNA a expliqué en quoi les dossiers constitués en lien avec chacun des deux accidents subis par l'assuré étaient complets, si bien qu'elle n'estimait pas utile de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ni d'ailleurs de procéder à l'audition de témoins. Renvoyant pour le surplus à son mémoire de réponse, elle a derechef conclu au rejet du recours. 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).

- 16 - b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical jusqu'au 15 juin 2020 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 d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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

- 17 - l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4

décembre 2020 consid. 3.1). c) 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 matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). 4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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

- 18 - 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). b) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 5. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (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

- 19 - médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). b) Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2

LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées). 6. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident en date du 15 mars 2017 lors duquel il a subi des lésions au genou droit ayant notamment nécessité un séjour à la Clinique J._____. 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 2018 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 2018, 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 en

- 20 - raison de séquelles au genou droit et d'une algoneurodystrophie affectant ce dernier. aa) aaa) Se fondant sur l'analyse de son médecin d'arrondissement (cf. rapport du Dr M._____ du 9 mai 2018), l'intimée a retenu que la situation médicale de l'assuré était stabilisée ; le genou droit était calme et sans épanchement même si sa mobilité en flexion était limitée à 120° contre 135° à gauche ; l'articulation était stable dans le plan frontal et sagittal avec un Lachman montrant une course physiologique et un arrêt dur ; les tests méniscaux étaient normaux, tandis que le Pivot shift et le rabot rotulien étaient négatifs. Hormis une amyotrophie marquée du quadriceps droit et la difficulté/impossibilité à l'accroupissement en raison de douleurs antérieures rotuliennes, les constatations cliniques étaient rassurantes Aussi, le Dr M._____ a-t-il estimé que l'évolution était favorable, ce que le recourant avait du reste lui-même confirmé lors de l'examen du 2 mai 2018. Ce médecin a ainsi retenu que la situation médicale était stabilisée et que le traitement de physiothérapie ne se justifiait plus. Ultérieurement, il a cependant accepté, à la demande du recourant, de reconduire les séances de physiothérapie (rapport du 10 juillet 2020) afin de conserver sa capacité résiduelle de gain. Or, selon la jurisprudence, la prescription de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence). bbb) S'agissant de la capacité de travail, les médecins de la Clinique J._____ ont jugé que le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle de plâtrier-peintre n'était guère favorable, ce d'autant que des facteurs contextuels, tels qu'une kinésiophobie modérée et une légère catastrophisation, influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le recourant (voir dans le même sens le rapport du Dr M._____ du 9 mai 2018). De son côté, la Dre T._____ a clairement déclaré que la profession antérieure ne pouvait plus être exercée par le recourant (rapport du 28 juillet 2021). En revanche, à l'instar du Dr M._____, elle a estimé qu'une activité non contraignante pour les genoux était exigible à condition de respecter les limitations fonctionnelles

- 21 - suivantes : éviter les marches en terrain irrégulier prolongées et répétées, les positions à genoux répétées, les ports de charges répétés de plus de 15 à 20 kg, ainsi que les montées

et descentes répétées d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages. Au terme de son appréciation, elle a considéré que, dans une telle activité, le recourant disposait d'une capacité de travail de 100 % sans diminution de rendement. bb) A l'issue d'une consultation du 19 septembre 2018 motivée par des douleurs au genou droit, le Dr X. _____ a retenu l'existence d'une algodystrophie de la rotule (rapport du 5 octobre 2018). Le Dr V. _____ a expliqué que, concernant cette atteinte, la situation était restée stationnaire, avec des douleurs persistantes d'allure mécanique, s'intensifiant lors de la marche et lors de la montée et de la descente d'escaliers. Aussi un examen était-il prévu auprès du Dr L. _____ (rapport du 17 janvier 2019). Dans son rapport du 19 février 2019, ce médecin a expliqué qu'une algodystrophie ne pouvait être retenue. En effet, l'assuré ne présentait pas les critères pour retenir un tel syndrome. Quant à la Dre T. _____, elle a également écarté ce diagnostic sur la base des critères de Budapest ; au terme de son analyse, elle a constaté que la documentation à sa disposition ne rapportait à aucun moment la présence de l'un ou l'autre de ces critères, que cela soit sur le plan anamnestique ou clinique. Selon ce médecin, la déminéralisation/ostéopénie décrite à plusieurs reprises était vraisemblablement en relation avec l'inutilisation prolongée des cannes anglaises, ainsi que l'avait déjà évoqué le Dr L. _____ (rapport du 28 juillet 2021). c) Il résulte de ce qui précède que l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 juin 2018 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 dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter des doutes quant au bien-fondé du rapport du Dr M. _____ du 9 mai 2018, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Quant à la Dre T. _____, elle ne remet pas en question l'appréciation du Dr M. _____ (cf. rapport du 28

- 22 - juillet 2021). Le grief d'absence de stabilisation de son état de santé formulé par le recourant est infondé et doit être rejeté. 7. Cela étant constaté il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant. a) aa) 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 des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2). bb) Il ressort en l'occurrence du dossier qu'il convient de retenir comme année de référence pour procéder à la comparaison des revenus l'année 2018. b) aa) 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).

- 23 - bb) En l'occurrence, l'intimée a retenu un revenu annuel de 69'312 fr. pour l'année 2018, alors que l'assuré rappelle avoir perçu un revenu de 72'182 fr. en 2016 pour onze mois d'activité. Il ressort du dossier que l'intimée a calculé le revenu sans invalidité sur la base des données salariales communiquées par la Fiduciaire K. _____ SA concernant l'année 2018 (cf. correspondance du 18 mai 2018), soit un gain présumable perdu de 64'000 fr. auquel il convenait d'ajouter 8,3 % au titre du treizième salaire. Cependant, à la lecture du livre de paie pour la période du 15 mars 2016 au 14 mars 2017, il apparaît que le recourant a perçu un salaire de 59'039 fr. 35 pour une activité déployée du 1er mars au 30 novembre 2016, soit pendant neuf mois. Il s'avère que le gain présumable de 64'000 fr. perdu par le recourant en 2018 tel que calculé par la fiduciaire, correspond en réalité à neuf mois d'activité, soit un montant de 59'039 fr. 35 auquel a été ajouté 8,3 % au titre du treizième salaire. Dans ces circonstances, force est de constater que l'on ignore sur quelles bases précises la Fiduciaire K. _____ SA a déterminé le gain présumable perdu de 64'000 fr. et que, quoi qu'il en soit, celui-ci ne saurait fonder le calcul du revenu sans invalidité annuel retenu par l'intimée, dès lors qu'il se rapporte à une activité exercée pendant neuf mois et non pendant douze mois. c) aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne

- 24 - 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). dd) En l'occurrence, l'intimée a fixé le revenu d'invalidité à 64'595 fr., sans toutefois expliciter les éléments à la base de ce montant, si bien qu'il convient de s'en écarter et de procéder à un nouveau calcul. Pour fixer le revenu d'invalidité, il convient de se fonder sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques et manuelles simples (niveau de compétences 1) dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018, éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit un montant mensuel de 5'417 francs. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces

assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, ce revenu doit dès lors être adapté à la durée

- 25 - hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2018 (41,7 heures), soit un salaire annuel de 67'767 francs. ee) En ce qui concerne la question de l'abattement sur le salaire statistique, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux de 5 % retenu par l'intimée dans la décision sur opposition attaquée. Celui-ci tient compte de manière appropriée des effets que l'atteinte à la santé peut jouer concrètement sur les perspectives salariales du recourant dans le cadre de l'exercice d'une activité simple et légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Il n'y a pas lieu de tenir compte d'autres facteurs en l'espèce qui pourraient lui porter préjudice sur le plan salarial. Le recourant, âgé de moins de 36 ans à la date de la décision entreprise, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C) et ses origines ne l'ont pas empêché de trouver plusieurs emplois depuis son arrivée en Suisse. Il s'ensuit que le montant du revenu d'invalidité doit être fixé à 64'378 francs. d) Au vu de ce qui précède, il s'avère que la Cour de céans ne dispose pas de tous les éléments nécessaires à l'évaluation du taux d'invalidité, à savoir le revenu annuel sans invalidité relatif à l'année 2018, pour procéder à la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA et statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. 8. a) Estimant que le traumatisme cervical de type « coup du lapin » mentionné par le Prof. H. _____ dans son rapport du 2 octobre 2018 est en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel du 15 juin 2018, le recourant réclame la prise en charge des traitements médicaux relatifs à cette atteinte et sa prise en compte dans l'évaluation de son degré d'invalidité. b) Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau

- 26 - 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, cet examen 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 crânio-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 et 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, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). c) aa) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité, il faut encore 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. bb) De manière générale, le Tribunal fédéral considère qu'une collision par l'arrière alors que le véhicule est à l'arrêt devant un feu de signalisation ou un passage pour piétons constitue un accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité (cf. notamment TF 8C_783/2015 du 22 février 2016 consid. 4.2 ; 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2, in SVR 2013 UV n° 3 p. 7 ; 8C_135/2011 du 21

- 27 - septembre 2011 consid. 6.1.1 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.1.2 et les arrêts cités, in RAMA 2005 n° U 549 p. 236). cc) En l'occurrence, le recourant était arrêté pour bifurquer vers la gauche et céder le passage aux automobiles venant en sens inverse lorsque son véhicule a été heurté par une voiture survenant depuis l'arrière, ce qui présente une analogie certaine avec la jurisprudence précitée. A l'examen des photographies au dossier, le choc n'aura pas été d'une importance particulière, même s'il a entraîné des dommages matériels nécessitant l'appel à une dépanneuse. Le châssis n'a notamment pas été endommagé. Au vu de ces éléments et de la jurisprudence (cf. TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 5.2 et les nombreuses références citées) – selon laquelle, en règle générale, une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée comme un accident de gravité moyenne voire à la limite du cas bénin – l'accident en cause constitue un accident de gravité moyenne qui n'est ni à la limite des accidents de peu de gravité ni à celle des accidents graves. d) Lorsque l'accident est de gravité moyenne, l'existence ou l'inexistence d'un rapport de causalité adéquate ne peut être déduite de la seule gravité objective de l'accident. Conformément à la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a ; 117 V 369 consid. 4b ; cf. également considérant 8b supra), il convient dans un tel cas de se référer, dans une appréciation globale, à d'autres circonstances objectivement appréciables, en relation directe avec l'accident ou apparaissant comme la conséquence directe ou indirecte de celui-ci. Les critères à examiner pour un accident de gravité moyenne sont alors les suivants : - 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 ;

- 28 - - 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). aa) La survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas, en soi, à conduire à l'admission de ce critère. En l'espèce, il ressort du rapport établi le 17 juin 2018 par la gendarmerie vaudoise que le véhicule de l'assuré était à l'arrêt avant de pouvoir bifurquer à gauche vers une station-service lorsqu'il a été percuté à une vitesse d'environ 50 km/h par une voiture dont la conductrice avait perdu la maîtrise en raison de son inattention. A cet égard, l'anamnèse établie par le Prof. H._____ dans son rapport du 2 octobre 2018 sur la base des indications du recourant ne correspond pas à ses premières déclarations, dès lors que ce médecin fait mention d'éléments, tels qu'un épisode de vomissement et une irradiation dans le membre supérieur gauche (cf. aussi rapport du Dr O._____ du 23 juin 2021, p. 4). Quoi qu'il en soit, on ne

voit pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. Quant aux blessures subies, elles n'ont pas nécessité de soins immédiats. bb) Dans leur rapport du 15 juin 2018, les médecins de l'Hôpital W. _____ ont indiqué que la prise en charge était uniquement motivée par des douleurs à la nuque à la suite d'un mécanisme d'accélération/décélération. L'assuré n'avait formulé aucune autre plainte, celui-ci n'ayant d'ailleurs présenté ni perte de connaissance ni amnésie. De plus, l'examen clinique n'avait pas mis en évidence de paresthésies ni de faiblesse de membre, tandis que le CT-cervical réalisé n'avait pas révélé de fracture. Aussi ont-ils posé pour seul diagnostic celui de contracture para-cervicale gauche, c'est-à-dire une lésion bénigne. Quant au diagnostic posé par le Dr O. _____, il s'énonce comme suit : « distorsion cervicale simple de degré 2 selon la Québec Task Force (nucalgies, contraction musculaire) », impliquant l'existence d'une

- 29 - mobilité réduite et de points douloureux. Les lésions ne sont donc ni graves, ni d'une nature particulière. cc) Le recourant ne soutient pas avoir dû suivre un traitement médical prolongé et pénible, étant précisé qu'il doit être tenu compte uniquement du traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). Les nombreuses investigations médicales auxquelles l'assuré s'est soumis n'ont pas eu de but thérapeutique mais étaient destinées à rechercher l'existence d'une atteinte organique liée à l'accident, nonobstant le caractère rassurant des examens conventionnels effectués. Les mesures d'instruction médicale ne font cependant pas partie du traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Les mesures thérapeutiques proprement dites ont pour l'essentiel consisté en un traitement médicamenteux (notamment antalgique) et des séances de physiothérapie (cf. rapports du Prof. H. _____ du 2 octobre 2018 et du Dr V. _____ du 12 novembre 2018). Or, la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulation – même pendant une certaine durée – ne suffisent pas à la réalisation du critère de la pénibilité du traitement (TF 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). dd) Dans le prolongement du critère précédent, on peut relever qu'aucune erreur de traitement ni complication n'est à déplorer. Il n'y a pas non plus d'indices pour admettre des difficultés ou des complications importantes au cours de la guérison, ce que le recourant ne relève au demeurant pas. ee) Pour qu'un assuré puisse se prévaloir de l'intensité des douleurs, 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 (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). 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 accidentée. En l'espèce, le recourant se plaint de la persistance de

- 30 - nucalgies et de l'apparition de céphalées, de douleurs oculaires avec une impression de blocage cervical, quelquefois de nausées et de sensations vertigineuses. Or, à l'examen neurologique, le Prof. H. _____ n'a pas retrouvé de signe radicaire irritatif ou déficitaire, ni d'autres anomalies neurologiques propres. Il n'a fait état que d'une contraction musculaire cervico-scapulaire, qu'il a toutefois qualifiée d'« exagérée » (cf. rapport du 2 octobre 2018). Par ailleurs, l'IRM cervicale organisée par ses soins le 4 octobre 2018 a conclu à un alignement des vertèbres conservé et à l'absence de fracture ; il n'y avait pas d'œdème des tissus prévertébraux ni d'anomalie du signal discal ; il n'y avait pas non plus d'arthrose des articulations facettaires ni de conflit radicaire ; quant au signal médullaire, il était sans particularité. Dans son rapport du 17 janvier 2019, le Prof. H. _____ a relevé que l'évolution clinique subjective décrite par l'assuré comme étant «

de pire en pire » évoquait un facteur psychogène en l'absence de toute lésion au status ou à l'imagerie. Au vu de ces éléments, il estimait que les effets du traumatisme cervical devaient être limités à une période de 18 à 24 mois (cf. rapport du 4 mars 2020). Si le Dr O. _____ rejoint le Prof. H. _____ s'agissant de l'aggravation dont fait état l'assuré, à savoir qu'elle ne s'explique pas par l'événement, il s'écarte en revanche de son évaluation d'une évolution post-traumatique sur un laps de temps de 18 à 24 mois. En effet, compte tenu du déroulement de l'événement accidentel, de la présentation initiale, de l'imagerie et de l'inaction du médecin traitant pendant les trois mois ayant suivi l'accident du 15 juin 2018, le Dr O. _____ retient l'existence d'une distorsion cervicale de gravité discrète ayant cessé de déployer ses effets le 4 octobre 2018, date de l'IRM cervicale. En l'absence d'éléments médicaux objectifs susceptibles de mettre en doute cette appréciation, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis de ce médecin. ff) Le critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques pourrait éventuellement être considéré comme réalisé. Dans cette hypothèse, il y a lieu de rappeler que l'intéressé doit 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).

- 31 - La question de son importance souffre toutefois de demeurer indécise, dans la mesure où il ne ressort pas des pièces au dossier que le recourant a fourni des efforts reconnaissables pour reprendre une activité, notamment une activité autre que celle de plâtrier-peintre. Les quelques pièces extraites du dossier de l'assurance-invalidité n'y changent rien. L'objet de cette assurance n'est en effet pas le même que celui de l'assurance-accidents dès lors qu'il vise à la réadaptation professionnelle de l'assuré compte tenu de son état de santé global alors que le but de l'assurance-accidents est de servir ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) en relation avec des atteintes à la santé causées par un accident. e) En fin de compte, c'est à juste titre que la CNA a retenu une distorsion cervicale de gravité moyenne qui a cessé de déployer ses effets au 4 octobre 2018, si bien que le recourant ne saurait prétendre à de plus amples prestations à la charge de l'intimée du fait de l'accident du 15 juin 2018 au-delà de cette date. 9. Le recourant conteste également le refus de l'intimée de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 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 (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

- 32 - 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, 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 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de

- 33 - procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. d) Dans son appréciation du 26 juin 2019, le Dr M. _____ a relevé que les documents radiologiques les plus récents à sa disposition mettaient tout au plus en évidence une certaine déminéralisation du fémur distal droit et du tibia proximal droit associée à une déminéralisation diffuse de la rotule droite. Une instabilité ligamentaire n'entraîne pas non plus en ligne de compte, puisque le testing ligamentaire de l'examen médical du 2 mai 2018 avait montré une excellente stabilité du genou droit tant dans le plan frontal que dans le plan sagittal. Quant à l'amyotrophie telle que celle constatée au niveau des masses musculaires de la cuisse droite, elle n'était pas non plus susceptible de fonder une atteinte à l'intégrité. En se référant à la Table 2 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs), la Dre T. _____ a constaté de son côté que l'assuré ne présentait pas un genou bloqué ni en extension ni en flexion et qu'il accusait une mobilité au-delà de 90°, à savoir 120°. S'agissant des examens d'imagerie du genou droit du 28 mai 2020, il semble que la Dre T. _____ n'en ait pas eu connaissance puisqu'elle n'a pas fait mention de ces clichés dans la rubrique « imagerie (clichés disponibles) » de son rapport du 28 juillet 2021. En revanche, elle disposait du rapport du Dr Z. _____ du 24 septembre 2020 dans lequel ce médecin rendait compte au Dr V. _____ des résultats du bilan radiographique réalisé ensuite de sa consultation du 22 septembre 2020. Tout comme le rapport radiologique du 28 mai 2020 (produit par le recourant) avait mis en évidence une importante atteinte dégénérative au niveau du compartiment fémoro-patellaire évoquant une chondropathie de grade 4, le Dr Z. _____ a indiqué que les examens radiologiques effectués à sa demande en septembre 2020 avaient révélé sur la vue axiale une chondrolyse fémoro-patellaire étendue. Or la Dre T. _____ ne s'est pas demandé si cette pathologie était en lien de causalité avec l'accident du 15 mars 2017 et si elle était susceptible de fonder une atteinte à l'intégrité ; elle a uniquement indiqué qu'en l'absence des clichés radiologiques réalisés en 2020, elle n'était pas en mesure de se

- 34 - prononcer sur le bien-fondé de l'implantation d'une prothèse totale de genou, telle que suggérée par le Dr Z. _____, ce qui laisse penser qu'un lien de causalité pourrait

exister. e) Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que ni la Dre T. _____, ni aucun autre médecin de l'intimée, ne s'est prononcé sur la question de savoir si les atteintes dégénératives mises en évidence plus particulièrement par le Dr Z. _____ sont susceptibles d'entraîner une atteinte à l'intégrité. Aussi, compte tenu de l'impossibilité de trancher cette question sans connaissances médicales spécialisées, force est de constater que l'instruction de la cause ne permet pas de statuer sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 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, d'une part, de procéder à une nouvelle évaluation de la perte de gain subie par le recourant en effectuant un nouveau calcul du revenu sans invalidité et, d'autre part, d'examiner si les conditions du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité sont remplies en mettant, si besoin, en oeuvre à cette fin une expertise médicale idoine. 11. Compte tenu de l'issue de la présente procédure, la requête du recourant tendant à la mise en oeuvre de mesures d'instruction complémentaires sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (notamment orthopédique et rhumatologique) est sans objet, de même qu'est inutile sa requête tendant à l'audition de témoins. 12. En définitive, le recours doit être partiellement admis, et la décision attaquée annulée en tant qu'elle porte sur la perte de gain subie par le recourant, respectivement son degré d'invalidité, et sur le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A cet égard, la cause est

- 35 - renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède à un nouveau calcul du revenu sans invalidité et complète l'instruction relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité puis rende une nouvelle décision statuant sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La décision entreprise est confirmée pour le surplus. 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. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision sur opposition rendue le 27 mars 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée en tant qu'elle porte sur la perte de gain subie par le recourant, respectivement son degré d'invalidité, et sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la cause étant renvoyée à l'intimée afin qu'elle complète l'instruction et procède à un nouveau calcul du revenu sans invalidité puis rende une nouvelle décision statuant sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et complète l'instruction et rende une nouvelle décision sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La décision entreprise est confirmée pour le surplus.

- 36 - III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à G. _____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Olivier Carré avocat (pour G. _____), - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la

santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

- 37 - 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.