

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mars 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Parrone, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1 et 18 s. LAA

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais est né le [...]. Il est entré en Suisse en 2000 au bénéfice d'un permis C. Il travaillait depuis le 1^{er} septembre 2005 en qualité de maçon au service de l'entreprise S. _____ SA à [...] et était assuré à ce titre contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 9 septembre 2019 vers 15 heures, alors occupé à manutentionner du matériel de coffrage, l'assuré a été victime d'une glissade d'un talus et s'est retrouvé au bord du radier à environ 3 mètres plus bas. Cet incident a eu pour conséquence une fracture ouverte de la jambe gauche.

Conduit aux urgences du CHUV, l'assuré a subi, le 10 septembre 2019, une réduction fermée et ostéosynthèse par enclouage centromédullaire par clou T2 réalisée par le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

A titre de diagnostic secondaire, le dossier médical du CHUV mentionnait un état anxiodépressif, sans précision. Dans la rubrique « traitement habituels », il était inscrit « antidépresseur x » (rapport du 30 septembre 2019 et main courante du 3 décembre 2019 du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV).

Le cas a été pris en charge par la CNA (lettre du 25 septembre 2019).

Par rapport du 12 février 2020, le Dr E. _____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de neuropathie axonale du nerf tibial gauche d'origine traumatique avec lésion distalement de la branche nerveuse pour le long fléchisseur des orteils et de status après fracture ouverte et ostéosynthèse le 10 septembre 2019 par enclouage centromédullaire. Ce médecin a suggéré d'adresser l'assuré aux

chirurgiens plastiques en vue de réaliser une éventuelle révision du nerf au niveau de sa lésion.

Le 23 mars 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) pour les suites de l'accident du 9 septembre 2019.

Du 5 mai au 10 juin 2020, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion. Dans leur rapport de sortie du 24 juin 2020, les Drs M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et F._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de fracture ouverte Gustillo II médio-diaphysaire tibia et fibula distale à gauche et neuropathie du nerf tibial gauche, distalement de la branche nerveuse des muscles longs fléchisseurs des orteils, en cours de récupération. Aucun diagnostic secondaire n'était retenu. Dans les antécédents médicaux, il était mentionné « état anxio-dépressif en rémission ». On extrait en particulier du rapport des Drs M._____ et F._____ ce qui suit :

“Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Le patient a été vu par le neurologue qui constate une évolution partiellement favorable de la neuropathie du nerf tibial gauche, avec une atteinte qui est distale, au[-]delà de l'émergence du nerf innervant le muscle fléchisseur commun des orteils. La neurographie reste identique mais le tracé myographique s'est enrichi, surtout pour les muscles proximaux (long fléchisseur du gros orteil). Il propose un contrôle d'ici quelques mois.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

[...]

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues :

Port de charges > 15-20 kg, port de charges répété > 10-15 kg, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, position accroupie ou à genoux.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite de la physiothérapie et de l'ETH pourrait permettre de gagner en endurance, équilibre et force.

Une stabilisation est attendue dans un délai de : 4 mois environ.

Au cours du séjour, le patient a été vu par notre **consultant spécialisé en chirurgie orthopédique**. Il constate un enraidissement de la cheville avec une perte de 10° de dorsiflexion et de 10° de la flexion plantaire. La sous-astragaliennne est enraidie d'au moins 60 %. Il propose d'optimiser le chaussage, de refaire le bilan neurologique (cf. ci-dessus) et de poursuivre la rééducation. Il ne retient pas d'indication à une AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] ou une autre intervention chirurgicale actuellement.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable.

Nous estimons qu'une reprise progressive dans une activité adaptée serait possible au sein de l'entreprise. Le projet de M. A. _____ d'obtenir les permis de machiniste nous semble réaliste et adapté."

Dans un rapport du 31 août 2020 consécutif à la consultation de l'assuré le 28 août 2020, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le bilan radiologique (de la jambe gauche) retrouvait une fracture consolidée, que les douleurs de l'assuré étaient d'allure neurologique, qu'il n'y avait pas de douleur au niveau des vis de verrouillage ou du point d'entrée du clou, et qu'une ablation du clou centromédullaire n'aurait probablement aucun effet sur les douleurs.

Le 2 mars 2021, l'assuré a subi une neurolyse du nerf tibial gauche et une cure du tunnel tarsien gauche réalisée par le Prof. Q. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Le protocole opératoire du 15 mars 2021 mentionne les diagnostics principaux de névrome nerf tibial gauche et neuropathie nerf tibial au niveau du tunnel tarsien. Les antécédents étaient une fracture ouverte médiodiaphysaire 42-B1 selon l'AO de la jambe gauche Gustillo II avec une réduction fermée et ostéosynthèse par enclouage centromédullaire par clou T2 le 10 septembre 2019. Un état anxiodépressif était retenu comme « diagnostic secondaire/comorbidité active ». Aucune complication ne résultait de l'intervention chirurgicale effectuée le 2 mars 2021.

Dans une note médicale du 22 avril 2021, la Dre L._____, médecin praticien, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'assuré avait présenté une lésion nerveuse qui avait nécessité une neurolyse nerf tibial gauche et une cure du tunnel tarsien gauche. Le dernier examen électrophysiologique montrait peut-être une petite réapparition d'une réponse sensitive au niveau du nerf médial plantaire gauche, la réponse motrice restant inchangée et trop faible. Dès lors que l'assuré devait être revu par le Dr E._____ dans un délai de six mois, la Dre L._____ suggérait de procéder au bilan final en principe à ce moment-là.

Au terme d'un second séjour de l'assuré à la CRR du 14 juillet au 10 août 2021, dans leur rapport de sortie du 25 août 2021, les Drs V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K._____, médecin assistant, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- 09.09.2019 : traumatisme de la jambe gauche :
 - fracture ouverte Gustillo II médio-diaphysaire tibia et fibula distale G
- 14.04.2020 : neuropathie axonale du nerf tibial G avec une lésion distalement de la branche nerveuse des muscles longs fléchisseurs des orteils (ENMG)
- 02.03.2021 : Névrome du nerf tibial G et syndrome du canal tarsien (peropératoire)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- 16.07.2021 : Signes dégénératifs de l'articulation talonaviculaire et image de coalition talocalcanéenne G (RX)
- Lombalgies non déficitaires probablement d'origine compensatrice sur un schéma de marche altéré"

Dans leur appréciation et discussion du cas, les médecins de la CRR ont retenu des limitations fonctionnelles « pratiquement définitives » qui étaient : Pour le membre inférieur gauche : Port de charge répétés de plus de 25-30 kilos. Longs déplacements ou station debout prolongée. Ils ont jugé que la situation était « sur le point d'être stabilisée » du point de vue médical en l'absence de nouvelle intervention chirurgicale proposée au cours du séjour, que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon était défavorable à long terme et qu'une réinsertion dans une

activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était « théoriquement favorable » et une pleine capacité de travail attendue dans une telle activité.

Dans un rapport de consultation du 20 octobre 2021, le Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie, au sein de l'Institut suisse de la douleur, a exposé que les options thérapeutiques étaient limitées par le refus de l'assuré de toute approche interventionnelle, lequel attendait une décision de la part des assureurs sociaux concernant une reconversion.

Le 13 décembre 2021, l'assuré a bénéficié d'une infiltration de la cicatrice à l'Institut suisse de la douleur, intervention chirurgicale qui n'a apporté qu'un soulagement limité quant à son étendue et sa durée.

Le 15 mars 2022, la Dre L._____ a reçu l'assuré pour un examen final. Dans son rapport du 16 mars 2022, elle a retenu les diagnostics suivants :

“Diagnostic

- Douleurs de la jambe, de la cheville et du pied G dans les suites d'un traumatisme de la jambe G le 09.09.2019 ayant entraîné une fracture ouverte Gustillo I médio-diaphysaire tibia et fibula G distale ayant nécessité le 10.09.2019 un lavage, débridement et parage de la plaie, réduction ouverte et ostéosynthèse par enclouage centro-médullaire du tibia G.
- Neuropathie axonale du nerf tibial G avec une lésion distale de la branche nerveuse des muscles long fléchisseur des orteils (ENMG du 14.04.2020), névrome du nerf tibial G, syndrome du tunnel tarsien ayant nécessité le 02.03.2021 une neurolyse du nerf tibial G et une cure du tunnel tarsien G.
- Signes dégénératifs de l'articulation talo-naviculaire et image de talo-calcanéenne G sur les radiographies du 16.07.2021.

Diagnostics secondaires

- Lombalgies non déficitaires.
- Enbonpoint avec BMI à 29.9 kg/m².
- Status après état anxiodépressif.”

Sur la base du tableau clinique et après examen du dossier de l'assuré, la Dre L. _____ a retenu que, sur le plan médical, la situation était désormais stabilisée. Elle a listé les limitations fonctionnelles suivantes : Pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements. La Dre L. _____ a estimé que dans une activité adaptée qui respectait strictement les restrictions fonctionnelles précitées, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement. Elle a jugé que l'activité habituelle de maçon n'était plus une activité exigible et une incapacité de travail totale devait lui être reconnue. Elle a évalué le taux d'atteinte à l'intégrité à 15 % pour l'ensemble des séquelles de l'accident.

Le 28 avril 2022, la CNA a écrit à l'assuré que l'examen médical du 15 mars 2022 avait révélé que son état de santé était stabilisé et qu'il n'avait plus besoin de traitement ; elle lui a annoncé qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2022 au soir.

Par projet de décision du 20 mai 2022, l'OAI a parallèlement décidé l'octroi d'une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1^{er} septembre 2020 au 31 décembre 2021.

Par décision du 1^{er} juin 2022, nantie des renseignements économiques sollicités (pièces 200 - 202), la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré en l'absence de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident ; concernant les suites de l'accident, l'intéressé était en mesure d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à condition de ne pas marcher en terrains irréguliers, de ne pas réaliser de marche prolongée et/ou répétée et d'éviter les activités statiques debout ainsi que la position accroupie ou à genoux, la montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ainsi que le port de

charges lourdes supérieures à dix ou quinze kilos et enfin le port de charges en descendant des escaliers ou lors de déplacements. De la comparaison entre les revenus exigibles sans et avec invalidité il ne résultait aucune perte de salaire. La CNA a, en revanche, alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à l'assuré d'un montant de 22'230 fr. (taux de 15 % sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. en 2019). Cette prestation a été versée le jour même à son bénéficiaire.

Par avis médical du 7 juin 2022, la Dre L. _____ a estimé qu'il était probable que la poursuite du traitement médicamenteux et de la physiothérapie pourrait permettre d'éviter une aggravation aiguë de l'état de santé de l'assuré, si bien que par lettre du même jour, la CNA a accepté de prendre en charge le traitement de Gabapentine® (300 mg le matin, 300 mg à midi et 600 mg au repas du soir) et Dafalgan® 1 g en réserve, sur prescription, deux à trois consultations médicales par an et de la physiothérapie jusqu'à trois séries de neuf séances par année.

A l'appui de son opposition formée le 28 juin 2022, l'assuré a exposé qu'il était toujours sous traitement et dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle.

Par décision sur opposition du 7 juillet 2022, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision de refus de rente d'invalidité du 1^{er} juin 2022.

B. Par acte du 8 septembre 2022, A. _____, représenté par Me Charles Munoz, exerce un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant principalement à la réforme de la décision sur opposition précitée en ce sens que les prestations de l'assurance-accidents (frais de traitement médical et indemnités journalières) continuent à lui être versées au-delà du 1^{er} juin 2022, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 15 % au minimum dès le 1^{er} juin 2022. Plus subsidiairement encore, il conclut à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction. Ce faisant, il conteste la stabilisation de son état de santé.

S'agissant du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, il critique tant la capacité de travail entière retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que la comparaison des revenus effectuée pour déterminer son degré d'invalidité qu'il évalue pour sa part à 15.05 % au minimum. Sous bordereau de pièces, figure notamment un extrait du 6 avril 2020 du compte individuel (CI) AVS du recourant. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en se réservant le droit d'adresser des questions complémentaires à l'expert. Par ailleurs, il a remis un formulaire de demande d'assistance judiciaire en matière administrative avec des annexes.

Dans sa réponse du 14 décembre 2022, la CNA, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, a conclu, avec dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée, sans nécessité de mettre en œuvre la mesure d'instruction sollicitée par le recourant. Ce faisant, elle estime que le grief du recourant s'agissant de la stabilisation de l'état de santé est mal fondé, que c'est à juste titre qu'elle a retenu que celui-ci présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles établies par la Dre L. _____ et qu'elle n'a pas procédé à un abattement sur le revenu d'invalidité de 69'741 fr. 50 dont il résulte de la comparaison avec le revenu sans invalidité de 68'536 fr., établi sur la base de la Convention nationale du Gros œuvre (CN) pour 2022, aucune perte de gain. L'intimée a ajouté qu'en se basant sur l'extrait du compte individuel (CI) AVS produit, après comparaison des revenus exigibles, il en résulterait un degré d'invalidité de 2.89 %, arrondi à 3 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Dans sa réplique du 5 avril 2023, le recourant a maintenu ses précédentes conclusions en insistant sur son offre de preuve. Il a produit un rapport du 21 mars 2023 rédigé à l'intention de son avocat par la Dre X. _____, médecin traitant. On extrait ce qui suit de ce rapport médical :

“Les limitations fonctionnelles édictées par le Dre L. _____ en date du 15 mars 2022 restent valables. Depuis l'année dernière, il n'y a

pas eu d'amélioration de son état de santé concernant les lésions séquellaires de sa fracture de jambe gauche.

De plus, le patient présente des lombalgies qui ont été soulignées dans les différents rapports mentionnés par la Dre L._____. Ces lombalgies surviennent dès lors que le patient essaie d'augmenter la durée de marche ou encore d'intensifier ses activités physiques. Ceci l'a d'ailleurs conduit à un lumbago ayant nécessité une consultation aux urgences hospitalières au début du mois de janvier 2023.

En plus de ces lombalgies, conséquence au moins en partie d'un déséquilibre postural en lien avec la boiterie secondaire à la fracture et à ses complications, le patient prend quotidiennement du gabapentin (1200 mg/j). Ce traitement soulage les douleurs neuropathiques du patient mais ont en contrepartie l'inconvénient d'entraîner des troubles de la concentration et de la somnolence. A ce jour, il n'est pas envisageable d'arrêter ce traitement, ni même de diminuer la posologie.

Ceci est un élément limitatif pour un travail à 100%, même dans une activité adaptée.

Au total, je retiens une capacité de travail de 40 à 50% dans une activité professionnelle adaptée."

S'agissant de la question du calcul de son degré d'invalidité, rappelant qu'il conteste disposer d'une capacité de travail entière, même dans une activité adaptée, le recourant maintient qu'un abattement sur le revenu d'invalidé se justifie.

Dans sa duplique du 1^{er} mai 2023, l'intimée a derechef conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle est d'avis que le rapport de la médecin traitante du recourant n'est pas de nature à ébranler l'avis de la Dre L._____ retenant une capacité de travail entière sans diminution de rendement de l'intéressé dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les

décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires d'été (art. 38 al. 4 let. b 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 a pour objet le point de savoir si l'intimée était fondée à considérer l'état de santé du recourant comme stabilisé et à mettre un terme à la prise en charge du traitement médical ainsi qu'au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2022 au soir et, le cas échéant, à refuser de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité compte tenu de son calcul de la comparaison des revenus.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs,

ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

c) 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).

4. a) Parmi les prestations allouées en cas d'accident figure notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

En outre, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jours qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (deuxième phrase).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

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

b) 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 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'occurrence, le recourant a perçu des indemnités journalières de l'intimée, qui a également pris en charge les frais de traitements médicamenteux, à la suite de l'accident ayant eu lieu au travail le 9 septembre 2019. L'assureur-accidents a mis un terme à ces prestations avec effet au 31 mai 2022 à minuit, sous réserve du traitement conservateur (Gabapentine® 300 mg le matin, 300 mg à midi et 600 mg au repas du soir et Dafalgan® 1 g en réserve, sur prescription médicale, et deux à trois consultations médicales par année) et de la physiothérapie (jusqu'à trois séries de neuf séances par an), estimant, sur

la base de l'avis de son médecin d'arrondissement (la Dre L. _____), qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une sensible amélioration de l'état de santé de l'intéressé, qui était stabilisé.

Le recourant conteste cette appréciation, estimant en substance que son état de santé n'est pas stabilisé puisqu'il a toujours un traitement médicamenteux et se trouve encore en incapacité de travailler, en lien de causalité avec l'accident du 9 septembre 2019, justifiant la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux jusqu'à stabilisation, puis l'allocation d'une rente d'invalidité de 15 % au minimum.

Compte tenu des éléments précités, il y a lieu d'examiner tout d'abord si les atteintes à la santé dues à l'accident du 9 septembre 2019 étaient stabilisées au 31 mai 2022 au soir. Dans l'affirmative, il conviendra ensuite de déterminer si lesdits troubles portent atteinte à la capacité de travail et de gain du recourant dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

7. a) En l'espèce, lors de son examen final du 15 mars 2022, la Dre L. _____ a posé les diagnostics de douleurs de la jambe, de la cheville et du pied gauches dans les suites d'un traumatisme de la jambe gauche le 9 septembre 2019 ayant entraîné une fracture ouverte Gustillo I médio-diaphysaire tibia et fibula gauche distale ayant nécessité le 10 septembre 2019 un lavage, débridement et parage de la plaie, réduction ouverte et ostéosynthèse par enclouage centro-médullaire du tibia gauche, de neuropathie axonale du nerf tibial gauche avec une lésion distale de la branche nerveuse des muscles long fléchisseur des orteils (électro-neuro-myogramme du 14 avril 2020), névrome du nerf tibial gauche, syndrome du tunnel tarsien ayant nécessité le 2 mars 2021 une neurolyse du nerf tibial gauche et une cure du tunnel tarsien gauche, et de signes dégénératifs de l'articulation talo-naviculaire et image de coalition talo-calcaneenne gauche sur les radiographies du 16 juillet 2021. Les diagnostics secondaires retenus étaient des lombalgies non déficitaires, un

embonpoint avec un BMI (Body Mass Index) à 29.9 kg/m², et un status après état anxiodépressif.

Au status, la Dre L._____ a constaté que la marche s'effectuait initialement avec une boiterie d'épargne du membre inférieur gauche qui disparaissait après quelques pas. L'assuré pouvait marcher sur les talons mais pas sur les pointes car cela engendrait des douleurs. La mobilité de la cheville gauche était diminuée et la médecin d'arrondissement de la CNA constatait une amyotrophie de 2 centimètres de la cuisse gauche et de 2.5 centimètres du mollet gauche. La force était légèrement diminuée au niveau de la flexion dorsale et de la flexion plantaire de la cheville gauche à M4+. De son côté, l'assuré déplorait un trouble de la sensibilité au niveau du membre inférieur gauche et se plaignait de paresthésies à l'appui sur sa cicatrice verticale. Il n'a pas été constaté d'allodynie ni de signe d'algoneurodystrophie.

Il ressort des documents médicaux, singulièrement des rapports des 24 juin 2020 et 25 août 2021 de la CRR et des avis contemporains de l'Institut suisse de la douleur, que toutes les options thérapeutiques ont été explorées, y compris des infiltrations et de la rééducation, et qu'aucun traitement n'est en définitive susceptible d'améliorer la situation algique du recourant et ses orteils « en griffe ». L'épuisement des options thérapeutiques permettant une amélioration sensible de l'état de santé du patient ressort en particulier des propos du Dr G._____. La Dre L._____ ne s'écarte pas de ce constat et a admis la nécessité de poursuivre un traitement médicamenteux conservateur ainsi que de la physiothérapie (avis médical du 7 juin 2022). On rappellera que le fait que recourant se voit prescrire de la physiothérapie et des traitements antalgiques ne remet pas en question la stabilisation de l'état de santé, dès lors que, selon la jurisprudence, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état de santé stabilisé (TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence). Aussi, sur la base du dossier, on ne voit pas quel élément aurait été omis ou écarté à tort et qui aurait permis de conclure à la non-stabilisation de

l'état de santé. Au demeurant, le recourant ne soutient pas que l'examen final du 15 mars 2022 souffrirait d'un quelconque vice.

Dans ces conditions, l'état de santé du recourant doit être tenu pour stabilisé en sorte que c'est à juste titre que la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 mai 2022 le soir.

b) Sur la base du tableau clinique et après examen du dossier de l'assuré mis à sa disposition, la Dre L. _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements. Elle a évalué la capacité de travail de l'assuré comme étant entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles précitées. A l'inverse, l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible et une incapacité de travail totale devait être reconnue.

En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, il ressort également de l'ensemble du dossier que les limitations fonctionnelles retenues empêchent la poursuite de l'activité habituelle de maçon, où l'intéressé doit se voir reconnaître une incapacité de travail totale et définitive depuis l'accident du 9 septembre 2019.

Cela étant, il convient de constater que la médecin d'arrondissement de la CNA a retenu une pleine capacité de travail du recourant sans diminution de rendement dans une activité adaptée, ce qui n'est pas critiquable au vu de la nature des limitations fonctionnelles retenues. En effet, il ressort de l'anamnèse du rapport d'examen final du 16 mars 2022 que le recourant a déclaré qu'il ne présentait pas de douleurs au repos mais qu'il était uniquement dérangé par ses orteils qui

restaient en griffe. L'exercice d'un emploi respectant la position assise est exigible de la part de l'intéressé, si bien qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée doit lui être reconnue. Les divers arrêts de travail établis par les médecins traitants au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce constat, dès lors que l'assuré était encore employé de l'entreprise S. _____ SA et qu'il doit être reconnu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon. Ces arrêts de travail ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, l'OAI a alloué à ce dernier une rente d'invalidité limitée au 31 décembre 2021, retenant de manière encore plus stricte qu'il était raisonnablement exigible du recourant qu'il exerce une activité adaptée, trois mois avant la fin de ce versement, à savoir dès le mois d'octobre 2021.

Le rapport du 21 mars 2023 de la Dre X. _____ ne mentionne aucun élément nouveau depuis la décision sur opposition litigieuse. En se fondant sur des limitations fonctionnelles identiques à celles prises en compte par la médecin d'arrondissement de la CNA, la Dre X. _____ retient pour sa part une capacité résiduelle de travail du recourant de 40 à 50 % dans une activité professionnelle adaptée aux restrictions. L'avis de la médecin traitant paraît procéder d'une appréciation divergente d'un même état de fait clairement posé sur le plan médical, mais sans avoir effectué un examen clinique, ni pris en considération la nécessité d'une approche globale et circonstanciée du cas, contrairement à l'examen final réalisé par la Dre L. _____ en mars 2022. Aussi, la Dre X. _____ n'objective pas son appréciation divergente de la capacité de travail résiduelle de son patient. De manière plus générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5).

c) Sur le plan médical, c'est en définitive à juste titre que la CNA a retenu une capacité de travail entière sans diminution de

rendement du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles listées par la Dre L._____.

d) Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sans qu'il y ait lieu de donner suite à l'expertise requise par le recourant. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, en particulier l'ensemble des médecins s'accorde sur les limitations fonctionnelles. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. Doit ensuite être examinée la question du revenu que le recourant peut tirer d'une activité adaptée, fixé sur la base d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA 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).

b) 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).

c) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

d) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

e) aa) Lorsque comme en l'espèce, 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 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).

9. Le requérant conteste les revenus sans invalidité et d'invalidité retenus par la CNA. Selon ses propres calculs, il retient un degré d'invalidité de 15.05 % au minimum.

a) S'agissant du revenu sans invalidité, il soutient que le montant de 68'536 fr. retenu par l'intimée en se référant aux chiffres de la Convention nationale du Gros œuvre (CN) du canton de Vaud est inférieur à ses revenus en 2017 et 2018 selon l'extrait individuel AVS, rappelant que l'OAI a pris en compte un montant de 73'600 fr. 92.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise : ATF 133 V 549 consid. 6). En l'espèce, l'intimée était donc en droit de procéder à sa propre estimation de l'invalidité, sans être tenue de reprendre les chiffres de l'OAI.

En se fondant sur la moyenne des revenus inscrits au CI de 2015 à 2018, indexée à l'année 2022, on obtient, ainsi que cela ressort du tableau en page 12 du mémoire de réponse du 14 décembre 2022 de

l'intimée, un revenu annuel hypothétique de 71'818 francs. Ce montant est supérieur à celui de 68'535 fr. calculé par la CNA en se référant aux données de la Convention nationale du Gros œuvre (CN) du canton de Vaud, si bien qu'il convient de s'y référer et fixer le revenu sans invalidité du recourant à 71'818 francs.

b) S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant fait valoir qu'un montant de 62'527 fr. 47 fr. doit être retenu au titre de revenu sans invalidité tel que pris en compte par l'OAI après un abattement de 10 %, reprochant à l'intimée, d'avoir complètement passé sous silence le fait qu'il est de nationalité portugaise et qu'il dispose de connaissances basiques de la langue française, qu'il n'a aucune formation professionnelle et qu'il a de l'expérience uniquement dans des emplois à caractère physique. Dans sa réplique du 5 avril 2023, il ajoute de manière plus générale que, compte tenu des circonstances, un abattement sur le revenu d'invalidé serait justifié.

Comme déjà dit ci-avant en lien avec la fixation du revenu sans invalidité, la CNA n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité.

En l'occurrence, l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu d'invalidé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), à savoir 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 hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2018, soit 41,7 heures. Après adaptation à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2019 (+ 0,9 %), 2020 (+ 0,8 %), 2021 (- 0,7 %) et 2022 (+ 1,1 %), le revenu annuel brut s'élève à 69'194 francs.

Pour le reste, le recourant ne convainc pas en soutenant qu'un abattement sur le revenu d'invalidé se justifie au regard de sa situation personnelle.

Tout d'abord, il convient de rappeler que, selon les constatations et conclusions probantes de la Dre L. _____ reprises puis suivies par l'intimée dans sa décision, le recourant présente une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements). Or le simple fait que seuls des travaux légers à moyennement lourds soient exigibles ne justifie pas un abattement, car le niveau de compétences 1 de l'ESS comprend déjà un grand nombre d'activités légères et modérément lourdes (8C_48/2021 du 20 mai 2021 consid. 4.3.4 et les références).

Quant à l'âge, on rappellera qu'il ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique, et ne justifie donc pas la prise en compte d'un abattement supplémentaire à ce titre.

Le fait que le recourant soit de nationalité portugaise ne s'avère pas non plus pertinent, dès lors que les salaires statistiques de l'ESS auxquels la CNA s'est référée sont basés sur les revenus de la population résidente tant suisse qu'étrangère.

Quant au critère de la langue, le recourant, habitant en Suisse depuis plus de vingt ans, il ne se justifie pas d'appliquer un abattement supplémentaire à ce titre.

Enfin, s'agissant du critère de l'expérience du recourant limitée dans des emplois à caractère physique, il convient de rappeler que la CNA a retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, simple et répétitive, de niveau de compétences 1, qui ne requiert ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de telle sorte qu'il ne se justifie pas de procéder à un abattement supplémentaire à ce titre.

c) En retenant un revenu de valide de 71'818 fr. après comparaison avec le revenu d'invalidé de 69'194 fr., il en résulte un degré d'invalidité de 3.65 %, arrondi à 4 % (ATF 130 V 121), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. art. 18 al. 1 LAA).

10. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPG), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). L'intimée n'y a pas davantage droit, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

c) aa) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

bb) Le recours n'était pas dénué d'emblée de chances de succès, de sorte que la demande d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est admise. Le recourant est donc mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 septembre 2022 et Me Charles Munoz lui est désigné comme avocat d'office. Me Charles Munoz peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 7 juillet 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV.** La demande d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est admise.
- V.** L'indemnité d'office de Me Charles Munoz, conseil du recourant, est arrêtée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Charles Munoz (pour A. _____),
- Me Jeanne-Marie Monney (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :