

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Durussel et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Favez

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à B***, recourant, représenté par le Syndicat C. _____, à D***,
et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 et 16 LPGA ; art. 6 et 18 LAA

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), [...], sans formation professionnelle certifiée, était employé par E._____ SA comme aide-charpentier à 100 % depuis le 1^{er} mars 2021 pour un salaire de 28 fr. de l'heure (cf. contrat de travail du 24 mars 2021). À ce titre, il était assuré pour le risque accident auprès de la CNA.

Le 24 novembre 2021, l'assuré a été victime d'une chute d'une hauteur de 3 mètres environ sur un chantier [...].

Par rapport du 1^{er} décembre 2021, les Drs B._____ et C._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital D._____, ont posé le diagnostic principal de fracture tassement L2 <25% sans atteinte postérieure (type A1 selon AO spine) et comme diagnostics secondaires ceux de traumatisme crânien simple, d'arthrose radiocarpienne débutante à droite et d'entorse simple de l'articulation métacarpophalangienne (MCP I gauche). L'assuré a séjourné à l'Hôpital D._____ du 24 novembre 2021 au 1^{er} décembre 2021. Les chirurgiens n'ont pas préconisé d'intervention chirurgicale, privilégiant un traitement conservateur.

L'événement du 24 novembre 2021 a été annoncé le 9 décembre 2021 à la CNA, qui a pris en charge ses suites (cf. courrier du 18 janvier 2022).

L'assuré a bénéficié d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du bassin et des hanches en raison d'une importante limitation à gauche. Dans un rapport du 11 avril 2022, le Dr F._____, spécialiste en radiologie, a mis en évidence une évolution arthrosique de l'articulation coxofémorale gauche, le pincement articulaire plus important se situant au niveau antéro-supérieur.

Le 12 juillet 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-

invalidité pour le canton de Vaud (OAI), mentionnant, au titre de l'atteinte à la santé, ce qui suit : « *Fracture L2, très mal du dos* » depuis le 24 novembre 2021 ; « *Hanche G très mal* » depuis quatre mois.

Dans un rapport du 22 juillet 2022, le Prof. G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de coxarthrose à gauche dont la gêne algique et fonctionnelle justifiait le remplacement articulaire par prothèse totale. Il a précisé que l'assuré devait récupérer de son rachis avant d'envisager la pose d'une prothèse de hanche.

Dans un rapport du 6 août 2022, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital D._____, a posé le diagnostic de contracture du muscle trapèze bilatéralement. Il a rapporté que l'assuré se plaignait de dorsalgies irradiant dans la nuque depuis quatre à cinq jours.

Par communication du 10 août 2022, l'OAI a informé l'assuré que sa situation ne se prêtait pas à des mesures de réadaptation.

Par appréciation médicale du 14 septembre 2022, la Dre I._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a nié que les troubles de la hanche gauche étaient en lien de causalité probable avec l'événement incriminé, tout comme l'arthroplastie de la hanche proposée.

Dans un rapport du 22 septembre 2022, faisant suite à une consultation du 23 août 2022, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné une fracture de L2 traitée conservativement. Il a fait état d'une consultation aux urgences le 6 août 2022 à l'Hôpital D._____ pour des dorsalgies et nualgies et a ajouté que le patient était aussi connu pour coxalgies gauches. Le Dr K._____ a précisé que l'assuré ne présentait plus de dorsalgies, mais des nualgies, apparues il y a environ trois mois sans notion de traumatisme, associées à une hypoesthésie du membre supérieur droit.

Dans un rapport du 14 décembre 2022, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état d'une douleur cervicale insomnante variable dans le temps et de douleurs récidivantes du rachis cervical et lombaire. Il a estimé que la capacité fonctionnelle de l'assuré était limitée à 30 minutes de marche au plus, avec des pauses de 10 minutes et que l'assuré ne pouvait pas porter de charges supérieures à 3 à 10 kg.

Par appréciation médicale du 3 février 2023, la Dre I._____ a confirmé que les troubles dont se plaignait l'assuré au dos et à la hanche depuis le mois d'août 2022 n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 24 novembre 2021.

Par décision du 15 février 2023, la CNA a mis un terme à ses prestations au 19 février 2023 (indemnités journalières et frais de traitement), retenant que l'état de santé antérieur était rétabli depuis le mois d'août 2022 au plus tard.

Par acte du 21 février 2023, l'assuré, représenté par le Syndicat C._____ [...], a formé opposition à l'encontre de la décision du 15 février 2023.

L'assuré a complété son opposition le 8 mars 2023, produisant un rapport du Dr J._____ faisant état d'une incapacité de travail de 100 % du 24 novembre 2021 au 21 mars 2023, puis de 80 % depuis le 22 mars 2023 et d'une incapacité à soulever des charges de plus de 10 kg. L'assuré a en outre demandé une hospitalisation à la Clinique M._____.

Dans un rapport du 21 mars 2023, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, dans le contexte d'une fracture L2, d'une douleur chronique interépineuse C7-D1 (avec deux infiltrations), d'une décompensation traumatique d'une fracture du poignet qui date d'il y a 20 ans [à l'étranger], d'une réactivation des anciennes séquelles du poignet droit et du pouce gauche à la suite d'un nouvel événement traumatique le 24 novembre 2021 et d'une coxarthrose

à gauche invalidante. Il a demandé à ce que son patient bénéficie d'un reclassement professionnel.

Dans une appréciation médicale du 4 mai 2023, la Dre I._____, a indiqué que, pour ce qui était de la hanche gauche, l'événement du 24 novembre 2021 n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée au niveau de la hanche gauche, mais avait tout au plus décompensé de manière passagère un état antérieur. Elle a estimé que, pour ce qui était du poignet droit, l'événement en question avait tout au plus décompensé, voire révélé, des troubles préexistants. Elle a conclu que l'événement du 24 novembre 2021 ne jouait plus aucun rôle au plus tard le 23 août 2022.

Sur demande de la CNA, la Dre I._____ a complété son appréciation médicale du 4 mai 2023, par une appréciation complémentaire du 9 mai 2023 dans laquelle elle a estimé qu'en ce qui concernait les troubles dorsaux (fracture de L2), le cas n'était pas stabilisé. Elle a proposé un séjour stationnaire à la Clinique M._____ pour quatre à six semaines.

Le 12 mai 2023, la CNA a annulé sa décision du 15 février 2023.

L'assuré a séjourné du 14 juin 2023 au 11 juillet 2023 à la Clinique M._____.

Dans un rapport du 18 juillet 2023, le Dr O._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, et la Dre P._____, médecin assistante, de la Clinique M._____ ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour lombalgies après fracture corps vertébral D12 et les diagnostics secondaires de chute d'un toit le 24 novembre 2021 avec traumatisme crânien simple, fracture-tassement antéro-supérieur du corps de L2 <25% sans atteinte du mur postérieur (CT), d'entorse simple MCP 1 gauche, de cervicalgies non-spécifiques, avec aussi douleur chronique interépineuse C7-D1, de coxalgies sur coxarthrose gauche et d'arthrose radio-carpienne droite débutante. Ils ont fait état d'un

comportement auto-limitant et démonstratif, mais ont relevé que l'assuré s'était progressivement engagé dans la prise en charge et avait réellement progressé pendant le séjour. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles « *pratiquement définitives* » qui suivent : « *port de charges jusqu'à 5 kg et occasionnellement jusqu'à 7.5-10 kg probablement. Pour les membres supérieurs (mains et poignets) : mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes des poignets ddc, mouvements répétés des poignets ddc. Pour la hanche et le dos : activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, positions statiques debout prolongées, positions accroupies, flexion-extension du tronc répétée, activités nécessitant une hyperextension de la nuque et travail au plafond.* » Les Drs O. _____ et P. _____ ont estimé que la stabilisation médicale pouvait être attendue dans un délai de deux mois. Ils ont indiqué que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, mais qu'il était favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

Dans un rapport d'IRM lombaire du 16 octobre 2023, le Dr Q. _____, spécialiste en radiologie, a fait état d'un discret tassement de L2 avec un affaissement du plateau supérieur, sur possible hernie de Schmorl, a exclu une atteinte du mur postérieur et un œdème de l'os spongieux et a relevé une protrusion discale postéro-médiane L5-S1, sans conflit.

Dans un rapport du 7 novembre 2023, le Dr N. _____ a indiqué que la hanche gauche de l'assuré était complètement bloquée, que des douleurs se transmettaient autant sur la colonne lombaire, où il avait une ancienne fracture L2.

Dans une appréciation médicale du 26 juin 2024, après avoir examiné l'assuré, la Dre I. _____ a retenu les diagnostics de rachialgie dans les suites d'une fracture tassement antéro-supérieur du corps de L2 < à 25% sans atteinte du mur postérieur, d'entorse simple MCP gauche et de traumatisme crânien simple. Elle a défini les limitations fonctionnelles suivantes pour le dos : « *Pas de port de charge supérieur à 5 kg de manière*

répétée ni de port de charge occasionnel entre 7,5 et 10 kg maximum ; Pas de mouvement en porte à faux du rachis, pas d'activité en position statique mais alternance des positions assise et debout et activité plutôt de style sédentaire ». La médecin d'arrondissement n'a pas retenu de limitations fonctionnelles concernant la main et le pouce gauches. Elle a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles et que l'activité habituelle d'aide-charpentier n'était plus exigible.

Dans une appréciation médicale séparée du même jour, la Dre I. _____ a estimé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à 20 % sur la base de la table 7 des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale (réf. 2870/7.F-2004) pour une fracture dorsale et des douleurs qui se trouvaient entre des douleurs minimales permanentes et les douleurs permanentes plus ou moins intenses.

Par courrier du 1^{er} juillet 2024, la CNA a signifié à l'assuré que l'examen médical réalisé le 26 juin 2024 par la médecin d'arrondissement avait révélé que l'état de santé de l'intéressé s'était stabilisé. Elle a dès lors indiqué qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2024.

Par décision du 25 juillet 2024, la CNA a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité et lui a octroyé une IPAI de 29'640 fr. (20 %). Elle a constaté que, sur la base du dossier médical, l'intéressé était à même d'exercer une activité adaptée à plein temps dans différents secteurs de l'industrie, qui respecte les limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieur à 5 kg de manière répétée ni de port de charge occasionnel entre 7,5 et 10 kg maximum, pas de mouvement en porte à faux du rachis, pas d'activité en position statique mais alternance des positions assise et debout et activité plutôt de style sédentaire). Se fondant sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), elle a considéré qu'une telle activité lui permettrait de réaliser un salaire annuel de 61'109 francs. Comparé au gain de 63'744 fr. 85 réalisable sans l'accident, il en résultait

une perte de gain de 4 %, qui n'ouvrirait pas le droit à une rente. La CNA a en outre relevé que, d'après l'examen effectué le 26 juin 2024, il résultait une atteinte l'intégrité physique de 20 %, de sorte qu'il avait droit à une IPAI de 29'640 francs.

Par courrier du 20 août 2024, complété les 23 septembre 2024, 13 et 21 janvier 2025, l'assuré, toujours représenté par [son syndicat], a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une IPAI de 50 %, requérant en outre la mise en œuvre d'une expertise. En substance, il a fait valoir qu'il n'était plus apte à exercer une activité professionnelle adaptée à un taux de 100 % sur la base de l'évaluation du Dr J._____. Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assuré a produit :

- un rapport de consultation de la Dre S._____ du 12 novembre 2024 dans lequel elle relevait que les douleurs se trouvaient plutôt en regard de son dos qu'en regard de sa hanche gauche, préconisant de nouvelles radiographies et IRM afin d'exclure une hernie lombaire et une hernie inguinale à gauche ;
- un rapport de radiographies du bassin du 12 novembre 2024 de la Dre T._____ spécialiste en radiologie, montrant une bascule pelvienne gauche de 8 mm et une coxopathie gauche sur dysplasie ;
- un rapport d'IRM du rachis lombaire du 12 novembre 2024 de la Dre T._____ montrant une absence de signe de conflit disco-radiculaire en L4-L5 et L5-S1, une situation sensiblement superposable à celle d'octobre 2023 avec une discopathie protrusive en L5-S1 moins marquée que sur l'IRM d'octobre 2023 ;
- un rapport du 18 décembre 2024 du Dr J._____, lequel retenait les diagnostics de suspicion d'une hernie lombaire en contact de la racine L5 à gauche, de coxarthrose gauche, de bursite pertrochantérienne à gauche, de cervicalgies avec douleur chronique C7-D1, de status post fracture L2 en 2021,

après accident, de status post traumatisme crânien avec perte de connaissance. Le Dr J._____ estimait la capacité de travail dans l'activité habituelle à 0 %, dans une activité adaptée à 30 % et l'IPAI à « 20-40 % » ;

- un rapport de consultation de la Dre S._____ du 3 janvier 2025 dans lequel elle relevait que l'IRM du 12 novembre 2024 était rassurant, que la radiographie du bassin du 12 novembre 2024 montrait une dysplasie de la hanche gauche qui expliquait probablement que le patient continuait de boiter et que la douleur lombaire persistait, vu la décompensation en marchant. La Dre S._____ a proposé une infiltration de la bursite pertrochantérienne et informé son patient de la nécessité d'une arthroplastie bilatérale de hanche à long terme ;
- un rapport de la Dre S._____ du 10 janvier 2025, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, laquelle estimait la capacité de travail dans l'activité habituelle à 0 %, précisant que, dans une activité adaptée, il fallait que l'assuré puisse être en position assise avec la possibilité de changer de position et qu'il évite de porter de lourdes charges. Elle ajoutait que la problématique de son patient se trouvait plutôt dans le contexte de la dysplasie de la hanche gauche que par rapport à la colonne vertébrale, cette dernière présentant un dysbalancement musculaire important, qui était, entre autres, entretenu par la boiterie en raison de la coxarthrose.

Par décision sur opposition du 28 janvier 2025, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a estimé que la médecin d'arrondissement avait de manière convaincante, en excluant les atteintes à la santé ne résultant pas de l'accident, retenu que la situation médicale était stabilisée et que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle a considéré que les rapports du Dr J._____ et de la Dre S._____ ne sauraient se voir reconnaître une pleine valeur probante, respectivement emporter conviction ou simplement

mettre en doute l'avis de la Dre I. _____ dès lors que le premier ne motivait pas ses conclusions et que la seconde ne se prononçait pas clairement. La CNA a ainsi confirmé la stabilisation du cas. Elle a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité retenant un revenu sans invalidité de 63'744 fr. 85 et un revenu d'invalidité statistique de 61'656 fr., réduction de 10 % comprise, soit un degré d'invalidité de 3 %. La CNA a également confirmé l'IPAI de 29'640 fr. au taux de 20 % en retenant le caractère probant de l'évaluation de la médecin d'arrondissement et en écartant l'avis non motivé du Dr J. _____. Estimant que les faits pertinents avaient pu être constatés à satisfaction de droit, la CNA a rejeté la requête d'expertise.

B. Par acte du 28 février 2025, l'assuré, représenté par le Syndicat C. _____, a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée devant le Tribunal cantonal du canton de U***. Il a conclu, avec suite de dépens, à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 75 % et à une IPAI basée sur un taux de 40 %, requérant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En substance, l'assuré a fait valoir que les conclusions de la CNA étaient remises en cause par les rapports du 18 décembre 2024 du Dr J. _____ et du 10 janvier 2025 de la Dre S. _____ et a reproché à la caisse de ne pas avoir mis en œuvre une expertise pour clarifier la situation.

Par décision du 21 mars 2025, le Tribunal cantonal du canton de U*** a déclaré irrecevable le recours en tant qu'il avait été formé devant lui et l'a transmis au Tribunal cantonal du canton du Vaud comme objet de sa compétence.

Aux termes de sa réponse du 24 juin 2025, la CNA a conclu au rejet du recours.

Par écritures des 23 septembre et 1^{er} octobre 2025, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès Tribunal cantonal du canton de U*** (art. 93 let. a LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), lequel a transmis d'office le recours à la Cour de céans (art. 58 al. 3 LPGA), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accident et sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 29'640 francs.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

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 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).

c) Le catalogue des prestations de l'assurance-accidents comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 ; TF 8C_394/2024 du 7

janvier 2025 consid. 6.1 ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence (déterminé selon l'art. 21 al. 1 LAVS). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1).

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).

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

e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

f) 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'ESS (ATF 148 V 419 consid. 5.2 et les références citées).

bb) Lorsque les tables de l'ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1_skill_level, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale. Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas

concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et les références citées). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 pour se référer à la table T17 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 ; 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2 et les références citées).

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).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles 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_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) 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 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, les parties ne remettent pas en cause le fait que, le 24 novembre 2021, le recourant a chuté d'un toit, d'une hauteur de trois mètres environ, alors qu'il était occupé à la pose de matériaux d'isolation

dans le cadre de son activité professionnelle d'aide-charpentier. Il n'est pas non plus contesté que cet événement doit être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'intimée ayant d'ailleurs procédé au paiement des prestations d'assurance jusqu'au 31 juillet 2024.

b) Le recourant ne revient pas non plus sur le fait que sa situation médicale doit désormais être considérée comme stabilisée, ni ne conteste que cette circonstance justifiât que l'intimée examine son droit à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} août 2024 ainsi qu'à une IPAI.

7. a) Cela étant relevé, l'intimée, se fondant sur les appréciations médicales de la Dre I._____, a estimé que le recourant disposait encore d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) aa) Sur le plan formel, on observe que l'appréciation médicale du 26 juin 2024 contient une anamnèse complète des éléments du dossier, y compris les plaintes et les données subjectives aussi bien sur le plan des séquelles liées à l'évènement du 24 novembre 2021 que sur le plan des atteintes non séquellaires. La Dre I._____ a examiné personnellement le recourant, qui était assisté lors de cet examen d'un traducteur de langue albanaise. Elle se fonde sur son examen clinique du recourant, sur les imageries au dossier, ainsi sur des examens complets auprès de la Clinique M._____ et des médecins traitants. Elle a dûment pris en considération les plaintes de la personne examinée, distinguant celles qui sont en relation avec l'évènement du 24 novembre 2021 de celles qui ne le sont pas. L'appréciation médicale du 26 juin 2024 a été établie en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, la médecin d'arrondissement a décrit la prise en charge et les mesures thérapeutiques prescrites au recourant et a évalué la cohérence des plaintes. Elle a dûment examiné les ressources et limitations fonctionnelles du recourant. L'appréciation médicale du 26 juin 2024 contient une appréciation et une discussion du cas très détaillées, décrivant clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. Ses conclusions sont claires et exemptes de contradictions. Les points litigieux importants ont fait l'objet

d'une étude circonstanciée et les conclusions de la médecin d'arrondissement sont tout aussi bien motivées, de sorte que l'appréciation en question remplit tous les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

bb) Sur la base du dossier, la médecin d'arrondissement de la CNA a retenu les diagnostics de rachialgie dans les suites d'une fracture tassement antéro-supérieur du corps de L2 < à 25% sans atteinte du mur postérieur, d'entorse simple MCP gauche et de traumatisme crânien simple, ainsi que les diagnostics secondaires de cervicalgies non spécifiques avec douleurs chroniques interépineuses C5-D1 et s'étendant à l'ensemble du rachis, de fracture du radius distal et de l'ulnaire distal et de l'ulna droit il y a environ 25 ans [à l'étranger], de coxalgies sur coxarthrose gauche sévère et d'arthrose radio-carpienne droite débutante.

Dans ses appréciations médicales, la Dre I._____ a ainsi reconnu que l'accident du 24 novembre 2021 avait entraîné une lésion structurelle sous la forme d'une fracture-tassement du plateau supérieur avec perte de hauteur d'au moins 25 % du corps de L2 ainsi qu'une fracture du coin antéro-supérieur du corps de L2.

En revanche, les lésions présentées par le recourant au niveau du carpe proximal (poignet droit), de la hanche gauche et des cervicales se rapportaient à des troubles dégénératifs antérieurs à l'accident. Les imageries réalisées le jour même de l'accident avaient ainsi permis d'exclure toute atteinte traumatique (cf. rapport du 23 août 2022 du Dr K._____), mettant au contraire en évidence un état dégénératif. Tout au plus, l'état antérieur avait pu être décompensé de manière transitoire par la survenance de l'accident.

cc) Sur le plan des atteintes au rachis, la Dre I._____ a relevé que l'intéressé avait décrit des douleurs constantes à (5-6/10) de tout le rachis qui s'exacerbaient parfois au port de charge de 5 kg, parfois sans facteur déclenchant expliquant l'intensité des pics douloureux. L'intéressé avait également rapporté des douleurs nocturnes qui l'empêchaient de

dormir et d'importantes douleurs diurnes, parfois presque intolérables derrière la tête avec impression que « *ça chauffait* », ainsi qu'un ressenti de vertiges. Il avait ajouté que, lorsqu'il était assis longtemps dans une voiture, l'apparition de douleurs lombaires l'empêchait de marcher. Le recourant a précisé que le traitement chez W._____ et par corticoïdes le soulageait.

La médecin d'arrondissement a rappelé à cet égard que les douleurs en question avaient déjà été relevées par les médecins de la Clinique M._____, sans toutefois avoir été corrélées à un syndrome radiculaire associé ou à un signe de la queue de cheval. Objectivement, la Dre I._____ a constaté que les ceintures scapulaire et pelvienne étaient équilibrées, que le fil à plomb se projetait en regard du pli interfessier avec une flèche cervicale à 8 cm contre 3 cm au niveau lombaire, que le Schober lombaire était à 10/16 avec une distance doigt-sol de 32 cm et une inclinaison droite/gauche extrêmement diminuée à 5.5 à gauche contre 6.5 à droite, que la rotation du tronc était diminuée, que la distance menton-sternum était à 7/17 cm et que les inclinaisons étaient quasi nulles. Elle a ajouté que le recourant ne présentait pas de déficit sensitivo-moteur correspondant à un dermatome et se plaignait d'une diminution de sensibilité de tout son membre inférieur droit. Elle a rappelé que, lors de l'examen d'entrée à la Clinique M._____ au mois de juin 2023, le Schober lombaire était de 10-15 cm, la distance doigt-sol à 0 cm avec une inclinaison droite/gauche de 33 cm des deux côtés. A la palpation, on retrouvait uniquement une douleur de l'apophyse épineuse de L2 et une douleur diffuse de la musculature paravertébrale lombaire basse. Au moment de l'examen à l'agence, elle a indiqué que l'effleurement de l'ensemble du rachis entraînait des douleurs comme lorsque nous prenons les réflexes, tout étant déclaré extrêmement douloureux. Elle a relevé, à l'instar des médecins de la Clinique M._____, que le recourant présentait des plaintes multiples avec comme seul substrat organique la fracture-tassement consolidée de L2, les autres plaintes (cervicalgies, vertiges, douleurs de l'ensemble du rachis) ne correspondant pas à un substrat organique. Elle a également rappelé l'incohérence du recourant qui consistait à se plaindre de phénomènes douloureux au niveau des mains, tout en mentionnant plus tard qu'il n'était pas limité pour travailler en raison de ses mains, mais de

son dos. La médecin d'arrondissement a rappelé le comportement auto-limitant et parfois démonstratif mis en évidence à la Clinique M. _____ et a confirmé ce constat sous la forme de plaintes très importantes de l'ensemble du rachis sans corrélation avec une atteinte organique, hormis celles en lien avec la fracture-tassement de L2.

dd) Dans ce contexte de comportement auto-limitant et démonstratif, la Dre I. _____ a estimé que la situation médicale résultant de l'accident du 24 novembre 2021 était stabilisée, à tout le moins à la date de son examen, ce qu'aucun document du dossier ne venait contredire. Elle a en conséquence arrêté les limitations fonctionnelles pour le dos (pas de port de charge supérieur à 5 kg de manière répétée ni de port de charge occasionnel entre 7,5 et 10 kg maximum ; pas de mouvement en porte à faux du rachis, pas d'activité en position statique mais alternance des positions assise et debout et activité plutôt de style sédentaire), nié toute autre ou plus ample limitation résultant de l'accident du 24 novembre 2021 et estimé que le recourant présentait une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée compte tenu des lésions accidentelles. Selon la médecin d'arrondissement, l'activité d'aide-charpentier n'était en revanche plus exigible, le recourant présentant une incapacité de travail totale et définitive dans ce type de travail.

c) Les rapports médicaux produits par le recourant, quant à eux guère étayés, ne permettent pas de mettre en doute l'appréciation de la Dre I. _____.

aa) Tel n'est en particulier pas le cas du rapport du Dr J. _____ du 18 décembre 2024, qui retient une capacité de travail dans une activité adaptée de 30 %. Ce rapport ne comprend pas de constats cliniques étayés ni de conclusions motivées. Il faut également relever que ce médecin ne distingue pas les troubles qui sont en lien de causalité avec l'accident et ceux qui ne le sont pas. Dans ces circonstances, ce rapport ne présente aucune valeur probante.

bb) Il en va de même des rapports de la Dre S._____ des 12 novembre 2024 et 10 janvier 2025. Les limitations fonctionnelles retenues par cette spécialiste sont compatibles avec celles retenues par la Dre I._____. Cela étant, la Dre S._____ relève expressément que les problèmes rencontrés par le recourant doivent principalement être mis en lien avec sa hanche gauche plutôt qu'avec le rachis, sans discuter de la causalité avec l'accident, si bien que le rapport en question n'étaye aucunement une plus ample atteinte accidentelle.

cc) C'est le lieu de rappeler que le seul fait que des symptômes douloureux (coxalgies, dorsalgies et nualgies ; cf. rapports des 22 juillet 2022 du Prof. G._____, 6 août 2022 du Dr H._____ et 22 septembre 2022 du Dr K._____) ne soient apparus qu'après la survenance de l'évènement du 24 novembre 2021 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_682/2024 du 9 janvier 2026 consid. 4.3.2 ; TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). Or, en l'espèce, la médecin d'arrondissement et les médecins de la Clinique M._____ n'ont pas identifié de lésion objective séquellaire de l'accident sur les différents examens réalisés permettant d'expliquer les douleurs présentées par l'assuré, lequel souffre notamment de troubles dégénératifs documentés par IRM (rapport du 11 avril 2022 du Dr F._____).

8. a) S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il est constaté que l'intimée s'est fondée, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, sur une convention collective de travail alors qu'elle disposait pourtant du contrat de travail signé le 24 mars 2021 par le recourant. Or, la jurisprudence précise que le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, en règle générale en fonction du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé et sur les renseignements communiqués par l'employeur (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). En l'occurrence, le revenu sans invalidité doit être calculé sur la base d'un

revenu horaire brut de 28 fr. (vacances comprises) pour 41 heures hebdomadaires stipulé par le recourant et son ancien employeur. En 2021, le revenu annuel sans invalidité se montait ainsi à 59'650 fr. 08 (28 fr. x 41 h. x 4,33 sem. x 12 mois), montant auquel il convient encore d'ajouter le treizième salaire selon les fiches de salaires, à savoir un total de 64'618 fr. 93 (59'650 fr. 08 + 8,33%). Ce montant doit ensuite être adapté à l'évolution des salaires nominaux selon les statistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS ; cf. table T39) jusqu'à l'année de la naissance de l'éventuel droit à la rente, à savoir en 2024 (cf. courrier du 1^{er} juillet 2024 de la CNA) selon le calcul suivant :

2022	1,1 %	64'618 fr. 93 + 1,1 %	65'329 fr. 74
2023	1,7 %	65'329 fr. 74 + 1,7 %	66'440 fr. 35
2024	1,2 %	66'440 fr. 35 + 1,2 %	<u>67'237 fr. 63</u>

b) Le calcul du revenu d'invalidité, lequel n'est d'ailleurs pas contesté, échappe à la critique, si bien que le montant de 61'656 fr. peut être confirmé (cf. table TA1_tirage_skill_level). Il en résulte un degré d'invalidité de 8,3 % (61'656 fr. ÷ 67'237 fr. 63 ; cf. art. 16 LPGA), de sorte que le droit à la rente n'est pas ouvert (art. 18 al. 1 LPGA). Aussi, nonobstant le calcul erroné du revenu sans invalidité, la décision attaquée doit être confirmée en tant qu'elle nie au recourant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

9. Il reste à déterminer dans quelle mesure le recourant peut prétendre à une IPAI supérieure à celle que lui a allouée l'intimée.

a) En procédure de recours, le recourant conclut à l'allocation d'une IPAI d'un taux de 40%, tenant ainsi pour insuffisante l'IPAI de 20% que l'intimée lui a reconnue.

b) aa) 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).

bb) 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).

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 209 consid. 4a/bb ; 124 V 29 consid. 1b ; TF 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3). 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_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.3 ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

c) aa) En l'espèce, tenant compte des seules séquelles en lien avec l'accident du 24 novembre 2021, la Dre I. _____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 20 %. Elle s'est à cet égard référée aux tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité publiées par la Division médicale de la CNA (cf. Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, éd. 2004), soit en particulier à la table n° 7 relative aux affections de la colonne vertébrale, ce qui est conforme à la jurisprudence. Selon ce document, une fracture cervicale ou lombaire avec angle compris entre 10° et 20° correspond à un taux d'IPAI entre 0 et 5 % lorsqu'il n'y a pas de douleur notable (0), entre 5 et 10 % lorsque les douleurs sont modérées après mobilisation (+), entre 10 et 20 % lorsque les douleurs sont minimales, mais permanentes, même au repos, et accentuées par les efforts (++) et entre 20 et 25 % lorsque les douleurs sont permanentes et plus ou moins intenses, également la nuit et au repos, une charge supplémentaire étant impossible (+++).

Prenant en considération les plaintes que le recourant avait exprimées lors de son séjour à la Clinique M. _____ s'agissant des seules douleurs au dos, la médecin d'arrondissement a estimé, de manière convaincante, que la situation du recourant était à la limite de celles qui correspondent à des douleurs minimales et permanentes (++ ; 10-20%) et à des douleurs plus ou moins intenses (+++ ; 20-25%) sur la base de la table n° 7 relative aux affections de la colonne vertébrale.

Dans ce contexte, le taux de 20 %, retenu par l'intimée, n'est en rien critiquable.

bb) Cela étant, c'est en vain que le recourant se réfère au rapport du Dr J._____, qui préconise un taux de 20 à 40%, sans se fonder sur une quelconque justification. Ce médecin n'explique en effet pas de quelle manière, le substrat organique, à savoir la fracture L2, justifierait une IPAI plus importante, son rapport n'étant au surplus pas motivé. Pour le surplus, aucun élément du dossier ne permet de remettre en cause les constats bien étayés de la Dre I._____.

Le grief du recourant quant à la quotité de l'IPAI doit être rejeté.

cc) Dans ces conditions, c'est de manière conforme au droit fédéral que l'intimée a fixé à 29'640 fr. le montant de l'IPAI due au recourant (20 % x 148'200 fr.).

10. Ainsi que cela ressort des considérants qui précèdent, l'instruction est complète, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Aussi, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre l'expertise requise par la partie recourante. Celle-ci n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus aux considérants précités et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves sans porter atteinte au droit d'être entendue de la partie recourante (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; TF 8C_401/2025 du 27 janvier 2026 consid. 4.2).

11. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Il n'y a pas non plus matière à allouer des dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA), ni à

l'intimée, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; cf. également ATF 128 V 323).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 28 janvier 2025 par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Syndicat C. _____ (pour le recourant),
- la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :