

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mai 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Neu et Wiedler, juges
Greffière : Mme Santoro

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à B***, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; 15 al. 2, 2^{ème} phrase LAA et 18 al. 1 LAA

En fait :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, patron et employé de D. _____ Sàrl, à raison de 30 % de tâches administratives et de 70 % dans la réalisation concrète de travaux de maçonnerie, a été victime d'un accident de trampoline en date du 21 juin 2015 avec chute d'environ 1 mètre avec réception sur la tête en hyper-flexion entraînant une fracture-luxation C5-C6 avec antélisthesis de C5 sur C6 de 7mm et une parésie des quatre membres, nécessitant le 22 juin 2015 une intervention sous forme de microdiscectomie C5-C6, pose d'une cage et fixation par une plaque. Le diagnostic de tétraplégie AIS droite sub C3 a été retenu.

L'intéressé a été en incapacité de travail à 100 % dès le 21 juin 2015. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) auprès de laquelle il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels.

Dans la déclaration de sinistre LAA du 22 juin 2015 complétée par l'employeur, il est indiqué un salaire de 7'000 fr. par mois.

Invitée par courriel de la CNA du 24 juin 2015 à produire une copie des fiches de salaire des 12 derniers mois ou, par mesure de simplification, le relevé des salaires 2014/2015 de l'assuré, D. _____ Sàrl a transmis le 13 juillet 2015 un relevé des comptes salaire 2014/2015 de l'intéressé, dont il ressort un revenu de 7'000 fr. par mois pour 2014 et 2015.

Par courrier du 14 juillet 2015, la CNA a informé l'assuré de son droit à une indemnité journalière de 184 fr. 15 par jour calendaire à compter du 24 juin 2015. S'en est suivi un premier décompte adressé à l'employeur le 15 juillet 2015.

L'assuré a effectué un premier séjour à la Clinique P. _____ (ci-après : la P _____) du 29 juin au 17 août 2015, à l'issue duquel une reprise

des tâches administratives de son activité professionnelle à 30 % a été proposée dans un but thérapeutique.

Il ressort d'un rapport d'examen des 8 et 9 juillet 2015 de G._____, neuropsychologue au sein de la P._____, que le tableau neuropsychologique de l'assuré était rassurant avec des troubles attentionnels d'intensité globalement légère et une bonne préservation des autres domaines cognitifs.

Dans une appréciation médicale du 31 juillet 2015, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin auprès de la CNA, a conclu à une évolution très favorable d'une lésion grave de la colonne cervicale avec contusion centromédullaire.

Par communication du 17 septembre 2015, la CNA a confirmé à l'assuré que sa capacité de travail avait été fixée à 20 % (au lieu de 30 %) dès le 5 octobre 2015 pour les tâches administratives de son activité.

Le 23 septembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il y est indiqué un revenu brut mensuel de 7'000 francs.

Dans un rapport de consultation du 9 décembre 2015, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et chef du Service de paraplégie à la P._____, a mentionné que le patient allait globalement bien et que les progrès fonctionnels avaient été rapides, tout en relevant un état de fatigue après 20 minutes de marche, accompagné d'une aggravation des douleurs au niveau de l'épaule droite qui s'améliorait lorsque le patient s'arrêtait. Celui-ci avait repris une activité administrative à 20 % répartie sur cinq jours.

Le Dr C._____ notait, dans un rapport de consultation du 11 février 2016, que la situation était stabilisée, six mois après le retour du patient à domicile, en relevant que les troubles au niveau des membres

supérieurs et des fonctions vésicale, intestinale et sexuelle étaient relativement modestes. Ce médecin mentionnait en outre que les résultats dans la norme d'une évaluation sur simulateur de conduite permettaient au patient une reprise de la conduite de véhicules.

L'assuré a effectué un second séjour à la P. _____ du 17 août au 27 septembre 2016. Selon un rapport du 28 septembre 2016, le diagnostic de tétraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivo-moteur C3 avec troubles des fonctions urinaire et sexuelle a été retenu. Dans l'anamnèse du patient, les médecins de la P. _____ faisaient référence à un rapport du 9 septembre 2015, établi à la suite du premier séjour de l'assuré dans cette Clinique, dont il ressortait notamment ce qui suit :

« Un US [ultrason] effectué visualise une rupture partielle du muscle supra-épineux sans indication opératoire. Une IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale et des parties molles du cou, effectuée le 09.07.2015 revient normale, sans lésion en faveur d'une lésion post-traumatique ou dissection des axes carotides et vertébraux. Un examen neuropsychologique, effectué les 8 et 9.08.2015, va dans le même sens avec un tableau clinique rassurant avec des troubles attentionnels d'intensité globalement légère et une bonne préservation des autres domaines cognitifs. Une RX [radiographie] de la colonne cervicale du 03.07.2015 a démontré que la courbure reste physiologique au niveau du rachis cervical après l'ostéosynthèse effectuée. Un contrôle radio-clinique, effectué le 05.08.2015 aux HUG [Hôpitaux universitaires genevois] par le Dr K. _____, est rassurant permettant un sevrage progressif de la minerve sur 2 semaines. Un nouveau contrôle radio-clinique est agendé en octobre 2015. A la sortie, le patient garde encore une mobilité réduite au niveau cervical en flexion/extension et rotation D/G, nécessitant la poursuite de la physiothérapie ambulatoire. En ce qui concerne les douleurs neurogènes au niveau du membre supérieur, principalement distales, elles sont moyennement contrôlées par traitement de Vibralgic et Lyrica. Il est indépendant pour les activités de la vie quotidienne. On propose une reprise du travail administratif à but thérapeutique. La situation sera réévaluée lors du prochain rendez-vous à la P. _____ le 30.09.2015. »

A la fin du second séjour de l'intéressé à la P. _____, les médecins ont constaté que ses capacités fonctionnelles étaient identiques qu'à son entrée, que les douleurs étaient au minimum entre 4 et 5/10 et que la plupart des tests fonctionnels restaient stables ou s'aggravaient, tout comme les amplitudes articulaires au niveau de la colonne cervicale et des deux épaules. Ils proposaient la poursuite du traitement ambulatoire du

travail d'amélioration des fonctions articulaires et musculaires, ainsi que des exercices à domicile et conduisaient à une incapacité de travail de 100 % du 28 septembre au 28 décembre 2016 dans l'activité habituelle de chef d'entreprise de maçonnerie.

Dans un rapport de consultation du 19 janvier 2017, le Dr C. _____ a mentionné qu'un an et demi après l'apparition de la tétraplégie chez le patient, la situation était somatiquement stable, celui-ci ayant récupéré une bonne fonction au niveau de la motricité, mais ne réussissant pas à transférer les possibilités théoriques dans des activités de la vie quotidienne, en raison d'une situation de détresse. Le médecin précité a ainsi prolongé l'incapacité de travail du patient du 1^{er} janvier au 31 mars 2017 et a préconisé un suivi psychiatrique, seule mesure, de l'avis de ce médecin, pouvant permettre de débloquer la situation.

L'assuré a été soumis à un examen final le 6 février 2017 effectué par le Dr N. _____, médecin d'arrondissement de la CNA. Du rapport y relatif, daté du même jour, on extrait ce qui suit :

« Sur le plan neurologique, il y a eu une nette amélioration de sa tétraparésie. A mon avis, sur le plan neurologique, la situation n'est pas stabilisée. Elle est susceptible de s'améliorer. Persistance de cervicalgies irradiant vers les fibres hautes du trapèze à D se traduisant par une atteinte à l'intégrité corporelle qui fera l'objet d'une appréciation séparée.

Sur le plan urologique, dysurie, pollakiurie, troubles de l'érection qui ne sont pas constants. L'assuré n'a pas essayé de prendre des médicaments. A mon avis, sur ce plan, la situation n'est pas non plus stabilisée.

Je partage l'avis du Dr C. _____. L'assuré n'a aucun projet professionnel. Il décrit une sensation de fatigue constante. Un suivi psychologique me semble indispensable.

Sur le plan professionnel, à mon avis, l'incapacité de travail actuelle est due aux problèmes psychologiques. A terme, sur le plan somatique, l'assuré devrait pouvoir travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à un taux se situant entre 50 % et 75 %. »

S'agissant de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, le Dr N. _____ a retenu ce qui suit :

« Suite à l'accident du 21.06.2015, l'assuré a eu une fracture de C5 avec luxation facettaire C5-C6 et antélisthésis C5-C6 qui a nécessité

une discectomie et spondylodèse antérieure par plaque vissée C5-C6. L'assuré décrit des douleurs permanentes d'intensité variable présentes la nuit et au repos. Il ne peut pas porter des charges.

La table 7 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA prévoit une indemnisation de 10 % à 20 % en cas de douleurs+++ avec une augmentation de 5 % à 15 % en cas de spondylodèse. Dans le cas de M. A. _____, une indemnisation de 30 % me paraît justifiable.

Suite à l'accident, l'assuré a eu une tétraplégie incomplète type ASIA D qui est en voie d'amélioration. Sur le plan neurologique, à mon avis, le cas n'est pas stabilisé. Sur le plan urologique et gastro-intestinal, à mon avis, la situation n'est pas stabilisée. »

Par courriel du 20 février 2017, D. _____ Sàrl a transmis les récapitulatifs des salaires de l'assuré pour les années 2014 et 2015, dont il ressort un montant de 175'000 fr. en janvier 2015 sous la rubrique « Prime, gratification », en sus du salaire mensuel de 7'000 francs.

Selon un extrait du compte individuel (CI) de l'assuré au 24 mai 2017, le revenu déclaré pour 2014 est de 68'391 fr. et celui pour 2015 de 218'915 francs.

Dans un rapport de consultation de la P. _____ du 5 juillet 2017, le Dr C. _____ a mentionné qu'au niveau de sa réadaptation, le patient avait atteint quasi l'optimum possible, avec une récupération excellente des fonctions de la marche, tout en relevant que les déficits persistants au niveau de l'équilibre, de l'endurance, de la mobilité de la nuque et des douleurs neurogènes et musculo-squelettiques y relatives étaient absolument dans la norme acceptable et ne devaient pas représenter la barrière infranchissable que le patient semblait y voir. Il a précisé que les limitations étaient au niveau de l'estime de soi et du manque de perspectives mais pas au niveau somatique.

Par avis du 17 juillet 2017, le Dr N. _____ a indiqué que la situation de l'assuré était stabilisée du point de vue organique et que celui-ci pouvait effectuer un travail semi-sédentaire en évitant le port de charges de plus de 15 kg et les positions statiques prolongées de la nuque.

Il ressort d'une notice téléphonique du 20 juillet 2017 entre la CNA et Madame [...] de l'entreprise D. _____ Sàrl les éléments suivants :

« (...).

Nous désirons un complément d'information concernant la prime de 125'000 CHF que notre assuré, patron de l'entreprise, a perçu.

Elle nous explique que l'entreprise a soldé ses comptes avec un gros bénéfice de 90'000 CHF en 2014.

Dès lors, début 2015, il a été décidé que M. A. _____ s'octroie une prime de 125'000 CHF en salaire et non en dividende. Il s'agissait d'un bonus extraordinaire. En 2015, les résultats ont d'ailleurs été moins bons et il ne s'était pas octroyé de prime précédemment.

Celle-ci a été comptabilisée en 2015 et perçue lors de cette même année, ce qui est confirmé par le CI figurant au dossier. »

Dans un rapport du 3 août 2017, H. _____, psychologue qui suit l'assuré depuis le 6 mars 2017, a fait état d'un épisode dépressif moyen et a préconisé la poursuite d'une psychothérapie.

Par courrier du 25 août 2017 à la CNA, l'Administration cantonale des impôts lui a fait en substance savoir qu'elle n'était pas en mesure de lui transmettre les informations demandées (renseignements sur les revenus imposables des années 2013 à 2016 de l'assuré, soit une copie des certificats de salaire), seules les données nécessaires pouvant être transmises dans le cadre de l'assistance administrative. Elle a tout de même indiqué que les revenus de l'intéressé ressortant des décisions de taxation passées en force se montaient à 49'717 fr. pour 2013, 74'503 fr. pour 2014 et 228'958 fr. pour 2015.

Le 28 septembre 2017, le Dr N. _____ a précisé, sur demande de la CNA, qu'il estimait la capacité de travail de l'assuré à 75 % sur le plan somatique, dans une activité adaptée.

Par courrier du 4 octobre 2017 au conseil de l'assuré, la CNA l'a informé de la fin du versement de l'indemnité journalière et du paiement des soins médicaux avec effet au 30 novembre 2017, la situation étant considérée comme médicalement stabilisée.

Par décision du 3 novembre 2017, la CNA a octroyé une rente d'invalidité à l'assuré de 2'016 fr. par mois, calculée sur une diminution de

la capacité de gain de 36 % et basée sur un gain annuel assuré de 84'000 fr. et un revenu d'invalidé de 53'856 francs. Elle a également reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 30 % du gain annuel (126'000 fr.), à hauteur de 37'800 francs.

Le 7 décembre 2017, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, considérant en substance que sa situation n'était pas stabilisée sur le plan médical, en se référant notamment au rapport du Dr C. _____ du 7 décembre 2017, dans lequel ce médecin lui suggérait d'effectuer un séjour à la P. _____ en début d'année suivante, dans le but de pouvoir « reconstruire un quotidien concret autour des fonctions récupérées ». Il a également contesté le taux de diminution de la capacité de gain pris en compte pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'il estimait à 80 % (au lieu de 30 %).

Par avis du 3 janvier 2018, le Dr BF. _____, médecin d'arrondissement remplaçant, a mentionné qu'un suivi médical régulier comportant des consultations, des médicaments et des prescriptions de physiothérapie était nécessaire à long terme pour le maintien de l'état de santé actuel de l'assuré dans un contexte de tétraplégie incomplète, de même que les séances de physiothérapie selon la fréquence prescrite par la P. _____ durant au moins une année.

L'assuré, par l'intermédiaire d'un nouveau conseil, a complété son opposition par courriers successifs des 10 avril, 28 septembre et 4 octobre 2018, en faisant valoir que son état de santé n'était pas stabilisé, compte tenu notamment des certificats établis par le Dr C. _____ de la P. _____, attestant une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} octobre 2017, ainsi que d'un rapport du 27 septembre 2018 du service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV). Dans son courrier du 10 avril 2018, l'assuré a également mentionné que les contrats importants qu'avait pu conclure D. _____ Sàrl expliquaient l'augmentation de son salaire et, en particulier, le versement d'un montant de 175'000 fr. en sus en janvier 2015. Il demandait à cet égard un complément d'instruction sur le salaire à appliquer aux indemnités

journalières et à la rente d'invalidité. Dans ses courriers postérieurs des 28 septembre et 4 octobre 2018, l'assuré a réservé sa détermination sur l'augmentation du gain assuré à prendre en compte pour le calcul des indemnités journalières.

Par courrier du 1^{er} mars 2019 au conseil de l'assuré, la CNA a requis des pièces pouvant étayer que celui-ci avait reçu, entre le 21 juin 2014 et le 20 juin 2015, un salaire supérieur à 84'000 francs. Elle a également constaté l'absence de traitement *ad hoc* depuis le 1^{er} décembre 2017, permettant de remettre en cause le départ de la rente d'invalidité à compter de cette date.

Le 7 mars 2019, le conseil de l'assuré a transmis diverses pièces, dont les comptes de la société D. _____ Sàrl pour les années 2014 et 2015, ainsi que les déclarations de salaires dont il ressortait un montant de 84'029 fr. pour 2014 et de 258'736 fr. pour 2015.

Dans un rapport du 5 avril 2019, la Dre BG. _____, spécialiste en neurologie et en médecine physique et réadaptation et médecin adjoint auprès du service de neurologie du CHUV, a attesté une incapacité de travail complète de l'assuré en raison des douleurs. Elle préconisait une évaluation de la capacité de travail (bilan de physiothérapie et d'ergothérapie en activité) de l'assuré ainsi qu'un traitement d'ostéopathie pour soulager les douleurs ostéoarticulaires, de même qu'un bilan phoniatrice-logopédique pour évaluer la présence ou l'absence de troubles de la déglutition.

Par courrier du 25 avril 2019, la CNA a demandé à l'assuré de lui transmettre un décompte bancaire établissant la date où le montant de 125'000 fr. (recte : 175'000 fr.) avait été crédité.

Par courrier du 10 mai 2019, l'assuré, par son conseil, a précisé que la prime versée en janvier 2015 se montait à 175'000 fr. et non à 125'000 francs. Il a produit à ce titre le compte salaire de l'année 2015. Il a précisé qu'il utilisait le compte de l'entreprise auprès de la Caisse d'Epargne F*** société coopérative (ci-après : L. _____) pour ses besoins privés, de

même que pour payer des factures privées. Il a ajouté que la somme de 175'000 fr. figurait dans la comptabilité en janvier 2015 de l'entreprise et que « cet argent est resté dans l'entreprise, vu que Monsieur A. _____ utilisait le compte de l'entreprise pour ses fins privées, comme cela peut aisément être démontré en examinant le compte de l'entreprise auprès de L. _____ ». Il a ajouté que toute cette problématique s'inscrivait par ailleurs dans un besoin de liquidités de la société, à savoir que « Monsieur A. _____ avait laissé une partie de son salaire dans l'entreprise sous la forme d'un prêt » lequel était de 125'065 fr. 15 en 2015.

Par décision sur opposition du 26 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a en substance retenu, au vu des divers rapports médicaux versés au dossier, qu'il n'existait pas de mesures thérapeutiques spécifiques susceptibles d'améliorer notablement le statut de l'assuré. Ainsi, il n'y avait pas lieu de revenir sur la date de départ de la rente d'invalidité au 1^{er} décembre 2017. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, la CNA a décliné sa responsabilité pour les troubles de la sphère psychique. Sur le plan somatique, elle a retenu que l'assuré était à même d'exercer une activité adaptée, à vocation semi-sédentaire, n'impliquant pas le port de charges supérieures à 15 kg et les positions statiques prolongées de la nuque. Elle a ainsi confirmé la capacité de travail retenue dans la décision querellée. Pour ce qui était du montant du gain assuré, la CNA a relevé que la prime exceptionnelle de 175'000 fr. dont se prévalait l'assuré pour percevoir des indemnités journalières et une rente d'invalidité calculées sur le montant maximum de ce gain ne pouvait être prise en considération, dès lors que celui-ci n'avait pas été à même de fournir une preuve tangible du versement effectué en janvier 2015, que les pièces fournies à ce titre ne correspondaient pas à celles qui avaient été produites en 2015 où ce montant ne figurait pas et que ce montant avait été comptabilisé sur le compte de la société où les deniers privés et de l'entreprise se confondaient. Ainsi, il y avait lieu de maintenir le gain annuel assuré de 84'000 francs. Enfin, la CNA a considéré que le pourcentage lié à la diminution de la capacité de gain de 30 % retenu pour calculer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pouvait être confirmé sur la base de l'estimation faite par le Dr N. _____ dans son rapport du 6 février 2017.

Saisie d'un recours de l'assuré, sous la plume de son conseil, la Cour de céans l'a, par arrêt du 23 septembre 2020 (AA 105/19 - 151/2020), partiellement admis dans la mesure de sa recevabilité, a annulé la décision sur opposition attaquée en tant qu'elle concernait le taux d'invalidité de l'intéressé et a renvoyé la cause à la CNA pour qu'elle procède conformément aux considérants. La décision litigieuse était confirmée s'agissant de l'IPAI. Pour l'essentiel, la Cour a considéré que compte tenu des avis divergents du Dr N._____, d'une part, et des Drs BG._____ et C._____, d'autre part, la CNA ne pouvait se contenter de suivre les seules conclusions du Dr N._____ pour déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Elle a dès lors renvoyé la cause à la CNA afin qu'elle procède à un complément d'instruction et mette en œuvre une expertise orthopédique afin que l'expert se prononce sur les atteintes que le recourant présente (diagnostic, étiologie, évolution), ainsi que sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Il appartenait ensuite à la CNA, sur la base des renseignements recueillis, de procéder à un nouvel examen du taux d'invalidité, et de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant. La Cour de céans ne s'est pas prononcée sur les griefs du recourant relatifs à l'évaluation de son degré d'invalidité, respectivement à la détermination du revenu sans invalidité. L'instruction du cas étant encore incomplète, la Cour de céans a considéré qu'il était prématuré de statuer sur ces questions.

B. Reprenant l'instruction de la cause, la CNA a mis en œuvre une expertise en parapléologie auprès de la Dre I._____, *privat docent*, médecin-cheffe auprès de la clinique de neuro-réhabilitation et parapléologie du [...], à S***.

Dans un rapport du 20 octobre 2022 faisant suite à un examen clinique de l'assuré du 22 octobre 2021, l'experte a retenu les diagnostics de tétraplégie sensorimotrice incomplète sub C3, ainsi que de trouble parapléologique de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle. Le syndrome douloureux neuropathique de la jambe et de l'épaule constituait en outre des séquelles chronicisées en lien de causalité avec l'accident.

L'évolution dépressive réactionnelle du patient, associée à un trouble de l'adaptation devait être indirectement considérée comme une conséquence de l'accident. En raison de la longue absence de placement à l'essai, l'experte a retenu qu'il serait judicieux de prévoir des taux d'occupation croissants avec dans un premier temps 2 heures par jour. Au total, un taux d'occupation compris entre 30 et 50 % serait théoriquement possible avec une gestion flexible des pauses dans le contexte d'une activité adaptée appropriée, soit une activité permettant l'alternance des positions assise et debout et n'impliquant ni port de charges, ni mouvements rotatoires réguliers du tronc et de la tête, ni travaux exécutés au-dessus du niveau de la tête, ni usage d'échelles. Dans des conditions optimales, l'experte a retenu un rendement d'environ 70 % pendant les heures de travail en fonction de la structure de la journée, ainsi que de la répartition des ressources disponibles.

Les 16 décembre 2022 et 16 janvier 2023, l'assuré, par son conseil, a requis de la CNA un complément d'expertise en invitant l'experte à préciser d'une part, la perte de rendement sur le taux résiduel de 20 à 30 % dans une activité administrative et logistique, perte due notamment aux médicaments anti-douleurs et aux douleurs et d'autre part les autres activités permettant une capacité de travail de l'ordre de 30 à 50 % et, dans ces activités, la perte de rendement en lien avec la prise de médicaments anti-douleurs et les douleurs, ainsi qu'à se déterminer sur l'atteinte à l'intégrité vu l'aggravation de l'état de santé.

Par courrier du 15 mars 2023, la CNA a transmis à l'assuré par son conseil un questionnaire complémentaire à soumettre à l'experte, en reprenant les questions de l'intéressé avec des questions supplémentaires concernant l'atteinte à l'intégrité.

Invitée par courrier du 4 avril 2023 à répondre à un catalogue de questions, l'experte a, dans un complément d'expertise du 15 décembre 2023, notamment complété son rapport d'expertise sur la question des autres activités pouvant permettre une capacité de travail de 30 à 50 %.

Le 8 mars 2024, l'assuré, par son conseil, a invité la CNA à lui verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant à un taux de 80 % et requérir une précision auprès de l'experte quant à la durée approximative d'une courte période de travail et de la pause pour récupération qui suit.

Dans un complément du 31 août 2024, l'experte a indiqué qu'une capacité pratique de 30 à 50 % pouvait être atteinte chez la personne soumise à expertise si la réinsertion professionnelle peut être commencée avec une charge de travail croissante de 2x3 heures sur deux jours de la semaine. Après deux semaines, une nouvelle augmentation de trois heures est envisageable jusqu'à ce que la charge de travail possible soit atteinte. On pouvait imaginer des activités logistiques simples en pratique dans la gestion des stocks, avec une alternance d'activités en position assise et debout, ainsi que des services de coursier qui, nécessairement, permettaient de faire une pause entre les affectations. De courtes phases de travail de 40 minutes chacune pouvaient être suivies de pause de 10 à 20 minutes - en fonction de l'activité individuelle. L'experte a relevé que ce régime avait fait ses preuves dans la pratique lors de nombreuses épreuves de tolérance professionnelle et exigeait une participation active et motivée de la personne soumise à expertise comme de l'employeur.

Par décision du 31 octobre 2024, la CNA a retenu une perte de gain de 73 % à compter du 1^{er} décembre 2017. Procédant à une comparaison des revenus, elle a retenu un revenu d'invalidé de 22'270 fr. en se référant à l'ESS (TA1_tirage-skill-level, Total secteur privé_2016) et en tenant compte d'une capacité de travail de 40 % avec une perte de rendement de 15 % et un revenu de 84'000 fr. réalisable sans l'accident. Elle a également octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 80 % ascendant à 100'800 francs.

Par décompte du 30 octobre 2024, la CNA a procédé à un paiement immédiat de 234'682 fr. 80 en faveur de l'assuré.

L'assuré, par son conseil, s'est opposé le 7 novembre 2024 à la décision précitée, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % calculée sur le montant maximum assuré en 2015 soit 126'000 francs. Il a pour l'essentiel fait valoir qu'il était totalement incapable de travailler sur le premier marché du travail et que seule une activité occupationnelle en atelier protégé était envisageable. S'agissant du gain assuré, il a allégué qu'il ressortait du compte salaire de la société D._____ Sàrl pour l'année 2015, soit l'année de l'accident, que son salaire avait été de 258'736 fr. 45, correspondant d'ailleurs au salaire de l'année qui avait précédé l'accident. Ce salaire a été confirmé par la fiduciaire chargée de finaliser les comptes, l'Autorité fiscale, la CNA, lors de son contrôle AVS en 2015, et la Caisse de compensation. L'assuré a précisé qu'il avait prêté une partie de son salaire à sa Sàrl qui avait besoin de liquidités, comme cela ressort des comptes de l'entreprise.

Par requête urgente du 28 février 2025, l'assuré a informé la CNA qu'il avait requis le 24 janvier 2025 de la CNA Centre de compétence cas SO la production du rapport de révision AVS qui avait été effectué par la CNA auprès de la D._____ Sàrl durant l'année 2025, postérieurement à l'accident du 21 juin 2015. A la suite de la révision AVS effectuée par la CNA, son salaire a été modifié, passant de 84'029 fr. 05 à 258'736 fr., faisant suite au paiement d'un important bonus en janvier 2015. Or, la CNA n'a nullement répondu à ce courrier. L'assuré a produit le courrier du 24 janvier 2025, ainsi que ses annexes, soit deux comptes salaires 2015, un extrait du RC/FOSC, ainsi qu'un extrait du compte individuel.

Par décision sur opposition du 27 juin 2025, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a confirmé sa décision du 31 octobre 2024.

Par projet de décision du 1^{er} juillet 2025 annulant et remplaçant le projet de décision du 15 janvier 2025, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2016 au 31 mai 2017, sur la base d'un degré d'invalidité de 86 %, puis un trois quarts de rente

d'invalidité fondé sur un degré d'invalidité de 65 % à compter du 1^{er} juin 2017.

C. Par acte de son mandataire du 13 août 2025, A. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité LAA entière (taux d'invalidité de 100 %), calculée sur la base du montant maximum assuré en 2015 de 126'000 fr., dès le 1^{er} décembre 2017, subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition précitée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant critique tout d'abord le taux d'invalidité de la rente LAA. Il conteste pour l'essentiel qu'il soit en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, nonobstant ses atteintes à la santé et ses limitations fonctionnelles. Sans réellement émettre de grief sur l'évaluation de la capacité de travail sur le plan médico-théorique, le recourant fait valoir que l'approche de l'experte est totalement déconnectée de la réalité médicale et lui reproche de n'avoir procédé à aucun test pour déterminer sa capacité de travail sur une certaine durée, ainsi que sur la durée de la pause qui doit s'ensuivre, se limitant à prendre en considération une soi-disant règle générale nullement référencée ou démontrée. Par ailleurs, il est d'avis qu'il est difficilement concevable qu'un employeur l'engage compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de la reprise très progressive et partielle du travail telle que décrite par l'experte. Le recourant critique en outre le calcul du gain assuré annuel opéré par l'intimée. A cet égard, il rappelle qu'il a perçu en 2015 un salaire de 258'736 fr. 45, si bien que sa rente d'invalidité doit être calculée sur la base du montant maximum du gain assuré en 2015 soit 126'000 fr. et non 84'000 fr. comme retenu par l'intimée.

Dans sa réponse du 15 septembre 2025, l'intimée a confirmé sa décision sur opposition et a conclu au rejet du recours.

Dans son écriture du 25 septembre 2025, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions.

Dans son écriture du 27 octobre 2025, le recourant a requis la production par la CNA du « dossier primes » de sa société, arguant que le rapport découlant du contrôle AVS était déterminant pour le calcul de ses prestations LAA. Ainsi, à la suite de ce contrôle AVS, son salaire a été modifié passant de 84'029 fr. 05 à 258'736 fr. ensuite du paiement d'un important bonus en janvier 2015.

Dans ses déterminations du 26 novembre 2025, l'intimée a indiqué que la CNA n'avait pas effectué de révision pour le compte de la Caisse AVS de la M. _____ et a enjoint le recourant à s'adresser directement à cette fédération pour obtenir le rapport de révision AVS 2015. Quant au « dossier primes » de la société D. _____ Sàrl, dont la faillite a été prononcée le 16 décembre 2020 [recte : 2019], l'intimée a relevé qu'il contenait des données personnelles au sens de l'art. 97 al. 6 LAA, ne pouvant pas être révélées à des tiers, en particulier les noms et prénoms, périodes d'occupation, salaires et décomptes d'indemnité journalière d'employés de la société, informations qui ne sauraient être divulguées sans l'autorisation expresse de ceux-ci et qui s'écartent de l'objet du litige. En tout état de cause, le recourant n'a jamais été en mesure d'établir à satisfaction de droit qu'il avait perçu une prime de 175'000 fr. en son nom propre durant la période déterminante (du 21 juin 2014 au 20 juin 2015). L'intimée a dès lors conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Dans son écriture du 12 décembre 2025, le recourant a maintenu ses requêtes tendant à la production du dossier primes auprès de la CNA et du rapport AVS de 2015.

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 - compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 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. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, respectivement le taux à la base de cette prestation.

b) Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

3. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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.

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 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).

4. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. En l'espèce, la Cour de céans a, par arrêt du 23 septembre 2020 (AA 105/19 - 151/2020), annulé la décision sur opposition rendue le 26 juin 2019 par l'intimée octroyant une rente d'invalidité de 36 % à compter du 1^{er} décembre 2017 et a renvoyé la cause à la CNA pour qu'elle procède conformément aux considérants. Dans ce contexte, l'intimée a mis en œuvre une expertise auprès de la Dre I._____, spécialiste en paraplégiologie.

a) Dans un rapport du 20 octobre 2022, complété les 15 décembre 2023 et 31 août 2024, l'experte, sur la base du dossier, de l'anamnèse et des résultats d'examens neurologiques actuels, a retenu que le recourant présentait du point de vue paraplégiologique et neurologique, une tétraplégie sensorimotrice incomplète sub C3 ASIA D plus de six ans après le traumatisme, ainsi qu'un dysfonctionnement paraplégiologique résiduel de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle. L'avant-plan de ce problème consiste en une légère incontinence post-mictionnelle avec une quantité minimale d'urine résiduelle. Résumant l'évolution de l'état de santé de l'intéressé depuis l'événement accidentel du 21 juin 2015, l'experte a relevé que le recourant avait globalement retrouvé une très bonne autonomie au cours de la première réadaptation, le rapport de la P._____ du 9 septembre 2015 mentionnant que l'intéressé avait atteint le stade de la marche et obtenant un score total de 97 points sur 100 à la

SCIM, l'évaluation ADL de paraplégologie. Sur le plan professionnel, l'assuré continuait alors à travailler à raison de 20 % dans le bureau de sa propre entreprise, où il se fatiguait rapidement. Une augmentation du taux d'occupation au-delà de 20 % n'avait été pas considérée comme judicieuse, car l'assuré devait poursuivre ses traitements ambulatoires. En l'absence de progrès supplémentaires et compte tenu de la persistance de dysesthésies des membres, ainsi que du développement de vives douleurs à l'effort et de la fatigue, une nouvelle réadaptation a été mise en œuvre à la P. _____ du 17 août au 27 septembre 2016 visant essentiellement l'évolution chronique des douleurs au niveau de la nuque et des épaules, la persistance de la fatigue, les vertiges non systématiques et un trouble mictionnel qui entraînait toujours un écoulement après la miction (dysurie de type II). Le patient se montrait stable dans l'ensemble des autres domaines mais stagnait globalement depuis la première réadaptation. L'experte a évoqué un état d'esprit psychique se caractérisant par un désespoir croissant, que les médecins de la P. _____ ont interprété comme un trouble de l'adaptation à la nouvelle situation. Aucun autre diagnostic psychiatrique n'était établi. Les recommandations de soutien et d'accompagnement psychothérapeutiques n'ont pas été clairement mises en œuvre. Un état stable a continué à se manifester de façon significative au cours des mois suivants s'agissant de la tétraplégie. L'absence de transfert fonctionnel des capacités récupérées dans la vie quotidienne du patient a désormais occupé le premier plan avec l'absence de transfert vers le monde du travail et d'amélioration de la structure des journées du patient. Plusieurs tentatives ont été menées afin de poursuivre le travail psychologique sur le traumatisme et l'offense causée par la perte de fonction. Lors des contrôles de suivi, le tableau médical demeurait stable sur le plan de la tétraplégie.

Dans le cadre de son examen clinique, la Dre I. _____ a constaté que dans la vie quotidienne, l'assuré est surtout gêné par des cervicalgies persistantes à hauteur de la lésion et sous celle-ci ; il décrit en outre des douleurs neuropathiques sous forme de dysesthésies et d'une allodynie au niveau des bras et des jambes, de caractère très variable. Des douleurs supplémentaires dans le bas du dos limitent sa distance de

marche. Au test de la posture et de la marche, l'experte a noté que les épreuves de Romberg et d'Unterberger étaient bien réalisables et normales, la marche un pied devant l'autre étant impossible. Lors du test de la marche, le patient s'aidait ostensiblement d'une canne mais parvenait à parcourir 10 mètres d'affilée avec fluidité même sans posture antalgique et canne. Son visage se trouvait alors démonstrativement déformé par la douleur. L'experte n'a pas constaté de tendance à la chute, ni vertige en situation d'examen. Quant à la mobilité articulaire, la rotation de la tête était possible jusqu'à plus de 45 degrés de chaque côté, la flexion de la tête vers l'avant étant limitée à environ 30 degrés en raison d'un blocage douloureux. Au niveau des articulations des épaules, la manœuvre main-dos et main-nuque était possible sans problème. Aucune indication de douleurs scapulaires n'a été émise en situation d'examen.

Selon l'experte, tant l'examen d'expertise que le dossier ont mis en évidence un patient peu ouvert aux interventions psychothérapeutiques, au diagnostic neuro-urologique et aux stratégies modifiées afin de faire face à sa situation. En outre, bien qu'il soit autonome dans les soins personnels, il ne parvient pas à étendre ses ressources fonctionnelles aux domaines de la vie situés en dehors de son domicile, dans le travail et les loisirs. Au chapitre de la cohérence, l'experte a mentionné le caractère très démonstratif que revêt l'utilisation par l'intéressé de la canne et de la minerve souple. Tandis qu'en situation d'examen, l'assuré s'est saisi directement de sa canne quand il se savait observé, il a quitté la clinique à la fin de l'examen d'expertise et a coincé sa canne sous l'avant-bras, sans l'utiliser. L'experte a en outre rappelé qu'en sa qualité de directeur d'une entreprise de construction, l'assuré n'avait pas retrouvé son rôle professionnel depuis l'accident. Les tentatives d'effectuer des tâches purement administratives pour sa propre entreprise selon un taux d'occupation hebdomadaire faible ont échoué jusqu'en 2017, de sorte que le patient n'exerce actuellement aucune activité régulière. Aucune idée ou approche et peu de ressources cognitives sont identifiées pour d'autres activités de remplacement. Les principaux problèmes somatiques concernent le manque de résistance à l'effort, la fatigue rapide ainsi que les douleurs. L'experte a également observé une faible capacité d'adaptation

et de flexibilité, ainsi qu'un manque d'idées et de stratégies pour faire face à la situation, en présence d'un ralentissement tout au plus léger sur le plan neuropsychologique.

Quant à la capacité de travail de l'intéressé, l'experte a retenu que l'exigibilité en tant qu'ouvrier dans le bâtiment n'était plus donnée. Dans une activité adaptée, soit une activité permettant l'alternance des positions assise et debout et n'impliquant ni port de charges, ni mouvements rotatoires réguliers du tronc et de la tête, ni travaux exécutés au-dessus du niveau de la tête, ni usage d'échelles, la capacité de travail était comprise entre 30 et 50 %, les phases de travail de 40 minutes devant être accompagnées de pauses de 10 à 20 minutes. Le taux de capacité de travail dépendra de la manière dont l'assuré peut organiser son travail et de la gestion des pauses que le poste de travail concerné permet.

b) Il convient de constater que l'expertise réalisée par la Dre I. _____ répond aux requisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et qu'il n'y a aucun motif de s'en écarter. Le rapport d'expertise a été établi par une spécialiste en paraplégiologie – spécialité médicale dédiée à la prise en charge globale, thérapeutique et rééducative des personnes présentant une lésion de la moelle épinière –, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance de l'ensemble des pièces du dossier. Son appréciation est claire et ses conclusions dûment motivées. Son analyse est parfaitement convaincante et repose sur les observations et constatations qu'elle a faites à la suite de l'examen clinique effectué avec la présence d'un interprète. Le recourant ne fait état d'aucun rapport médical circonstancié qui remettrait en cause son appréciation. C'est ainsi en vain qu'il tente de discréditer les constatations de la Dre I. _____ en faisant valoir qu'elle a pris position sur les activités lucratives qui pourraient selon elle, concrètement entrer en considération. En effet, il sied tout d'abord de rappeler que depuis son accident, le recourant n'a pas réussi à transférer ses capacités fonctionnelles dans la vie quotidienne. L'experte a ainsi mentionné que les ressources et idées créatives lui font défaut afin de retrouver une perspective professionnelle avec ses déficits

fonctionnels. Par ailleurs, dès lors que selon la jurisprudence, une expertise médicale n'est pas complète lorsqu'elle ne répond pas à toutes les questions posées à l'expert ou que le catalogue de questions ne comprend pas toutes les questions de fait juridiquement pertinentes (TF 8C_29/2014 du 25 juin 2014 consid. 3.3 et les références), l'experte était tenue de répondre aux questions posées par les parties, notamment celles relatives aux caractéristiques d'une activité adaptée au handicap de l'assuré (cf. rapport d'expertise du 20 octobre 2022, catalogue de questions, question 5.1, p. 12), ainsi qu'aux activités permettant une capacité de travail de 30 à 50 % (cf. complément d'expertise du 15 décembre 2023, question 2.1). L'experte ne s'est toutefois à juste titre nullement déterminée quant à savoir si la capacité de travail résiduelle du recourant était exploitable sur le marché équilibré du travail. Contrairement à l'avis du recourant, il n'appartenait ainsi pas à l'experte de procéder à des tests pour évaluer la capacité de travail de l'assuré sur une certaine durée, ainsi que sur la durée de la pause qui doit s'ensuivre. Par ailleurs, on ne saisit pas pour quel motif l'approche de la Dre I. _____ prévoyant des taux d'occupation croissants en raison de la longue absence de placements à l'essai de l'intéressé serait « totalement déconnectée de la réalité médicale », dès lors qu'elle vise précisément la réussite de la reprise d'un emploi. Sans minimiser les complications pratiques de réintégration professionnelle de l'assuré en raison de la chronicisation de la problématique de la douleur, ainsi que son attitude dépressive et résignée, l'experte a toutefois ajouté qu'il était possible que des motifs socio-culturels ainsi que l'offense que le traumatisme a causé à l'estime de soi jouent un rôle important en l'occurrence dans l'absence d'activité lucrative depuis 2017.

c) En définitive, au vu des conclusions de l'expertise, il y a lieu de considérer que le recourant présente une capacité de travail de 40 % (moyenne entre la capacité de travail de 30 à 50 %) avec une baisse de rendement de 15 % due à l'observation de pauses, éléments non contestés par le recourant. A l'instar de l'intimée (cf. décision sur opposition du 27 juin 2025, consid. 3b, p. 5), il convient de constater que ce pourcentage se révèle favorable au recourant dès lors que la baisse réelle de rendement s'élève à 13.33 % (des pauses de 20 minutes après 40 minutes de travail

représentent le tiers d'une heure complète et une diminution de l'horaire d'un tiers par heure aboutit, sur une capacité de travail de 40 %, à une réduction de 13.33 %).

6. Le recourant reproche ensuite à l'intimée d'avoir admis à tort que sa capacité résiduelle de travail de 40 % avec une baisse de rendement de 15 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était exploitable économiquement sur le marché du travail, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de la reprise très progressive et partielle du travail. L'intéressé fait valoir qu'il pourrait tout au plus, œuvrer dans un cadre protégé.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché de travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b).

D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain (TF 8C_95/2020 du 14 mai 2020 consid. 5.2.2), au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail,

dites « de niche » (TF 8C_910/2015 du 19 mai 2016 consid. 4.2.1, in SVR 2016 IV n° 58 p. 190 ; 8C_582/2015 du 8 octobre 2015 consid. 5.11).

La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées si entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (TF 8C_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5 ; 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 ; 8C_25/2012 du 3 juillet 2012 consid. 4.2 ; Margit Moser-Szeless, Jenny Castella, *in* : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2^{ème} édition, Bâle 2025, n° 23 *ad art.* 7).

On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, Jenny Castella, *op. cit.*, n° 24 *ad art.* 7). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGa) – et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5.4 ; 8C_303/2018 du 26 novembre 2018 consid. 5.1).

c) En l'occurrence, se fondant sur le rapport d'expertise du 20 octobre 2022 de la Dre I._____, ainsi que ses compléments des 15 décembre 2023 et 31 août 2024, l'intimée a considéré que le recourant

était encore à même de réaliser une activité légère dans différents secteurs de l'économie à condition de pouvoir alterner les positions (assis/debout/marche), sans port de charges, sans mouvements de rotation réguliers du tronc et de la tête, sans travaux avec les mains au-dessus de la tête et sans utilisation d'échelles. L'intimée s'est référée pour définir le gain exigible sur la base du niveau de compétence 1, lequel est à même d'offrir un nombre suffisant d'activités respectant les limitations fonctionnelles et ne nécessitant ni formation, ni expérience particulière. Tel est notamment le cas, comme le relève l'experte (cf. complément du 31 août 2024), d'une activité logistique simple en pratique dans la gestion des stocks, avec une alternance d'activités en position assise et debout. Contrairement à ce que le recourant affirme, on ne voit pas en quoi une activité de « services de coursier ou livraisons sur de courtes distances (par exemple pour les pharmacies), sans devoir soulever des objets de plus de 10 kg » que l'experte a retenue comme exigible ne respecterait pas les limitations qu'elle a précisément posées ; il s'agit en effet d'une activité qui implique l'usage d'un véhicule pour de courts trajets et qui offre la possibilité de passer en toute flexibilité d'une position à l'autre. A cet égard, on relèvera que le recourant s'est déplacé du T*** à S*** au volant de son propre véhicule avec des arrêts fréquents pour des pauses, car il ne peut rester assis dans son véhicule plus de vingt minutes (cf. rapport d'expertise, p. 5, ch. 3). Par ailleurs, la station debout et la marche ne posent pas de problème pour de courtes distances, mais ne sont pas raisonnables pour les efforts prolongés de plus d'une heure (cf. rapport d'expertise, p. 5, ch. 3). En définitive, sur la base de l'expertise de la Dre I._____, on peut raisonnablement admettre que le recourant pourrait exercer, compte tenu de ses compétences et ses acquis professionnels, une activité de surveillance ou de contrôle. On ne saurait présumer d'une impossibilité d'exploiter la capacité de travail résiduelle de l'intéressé dès lors que le caractère irréaliste des possibilités de travail ne découle pas de l'atteinte à la santé, mais de facteurs socio-culturels et psycho-sociaux, ainsi que de l'offense que le traumatisme a causé à l'estime de soi du recourant, lesquels jouent un rôle important selon l'experte dans l'absence de reprise d'activité lucrative depuis 2017. Enfin, la référence à l'arrêt rendu le 26 mai 2025 par le Tribunal fédéral dans la cause 8C_419/2024 n'est pas pertinente en

l'espèce, dès lors que dans le cas précité, c'est l'expert judiciaire lui-même qui a conclu à une capacité de travail marginale et par conséquent inexploitable, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. En définitive, il y a lieu de considérer que le recourant ne saurait se limiter à percevoir un revenu dans le cadre d'un emploi protégé.

Partant, les griefs du recourant sur ce point doivent être rejetés.

7. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le taux à la base de cette prestation à compter du 1^{er} décembre 2017, lequel a été fixé à 73 % par l'intimée.

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

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

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

bb) 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).

cc) 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).

b) 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) 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 (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; 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).

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 148 V 174 consid. 6.2 et 6.3 ; 126 V 75).

c) Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1) ; est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident, et est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2). Le gain assuré selon l'art. 15 LAA ne doit pas être confondu avec le revenu sans invalidité : tandis que le premier concerne le gain déterminant pour le calcul des rentes ou indemnités journalières et est établi sur la base du salaire concret que l'assuré a gagné avant l'accident, le deuxième est décisif pour le calcul du taux d'invalidité selon l'art. 16 LPGA et est un revenu purement hypothétique, même s'il est évalué, autant que possible, sur la base des circonstances concrètes (TF 8C_39/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.4 et les références citées).

d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération. Il n'existe par conséquent pas de

principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. art. 43 et 61 let. c LPGA ; voir également ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 125 V 193 consid. 2).

e) aa) En l'espèce, le recourant conteste le revenu sans invalidité retenu par l'intimée pour établir le taux d'invalidité. Il fait valoir que l'intimée n'a, à tort, pas retenu un montant de 126'000 fr. pour fixer le revenu sans invalidité. A cet égard, il a allégué avoir perçu un salaire de 258'736 fr. 45 en 2015, si bien que sa rente d'invalidité doit être calculée sur la base du montant maximum du gain assuré en 2015 soit 126'000 fr. et non 84'000 fr. comme retenu par l'intimée.

bb) En l'occurrence, il convient de constater que les allégations du recourant contredisent les pièces au dossier.

Il y a lieu de rappeler que la déclaration de sinistre LAA du 22 juin 2015 complétée par l'employeur indique un salaire de base de 7'000 fr. sans faire mention d'une quelconque gratification, alors que cette rubrique est formellement prévue au chiffre 12 de dite déclaration. Par ailleurs, invitée par courriel du 24 juin 2015 à remettre à la CNA une copie des fiches de salaires des 12 derniers mois, ou, par mesure de simplification, le relevé des salaires 2014/2015, D._____ Sàrl a transmis le 13 juillet 2015 à l'intimée le compte salaire 2015, édité au 24 juin 2015, faisant état d'un salaire mensuel brut de 7'000 fr. de janvier 2014 à mai 2015, y compris pour le mois de janvier 2015. Le 23 septembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant un revenu mensuel brut de 7'000 fr. depuis le 1^{er} juillet 2008, sans faire état d'une quelconque gratification.

Ce n'est que par courriel du 20 février 2017, soit près de vingt mois après l'événement accidentel que D._____ Sàrl a transmis de nouveaux récapitulatifs des salaires de l'assuré pour les années 2014 et 2015, dont il ressort un montant de 175'000 fr. en janvier 2015 sous la rubrique « Prime, gratification », en sus du salaire mensuel de 7'000 francs. Un extrait du compte individuel (CI) de l'assuré au 24 mai 2017 a mis en évidence un revenu déclaré pour 2014 de 68'391 fr. et pour 2015 de 218'915 francs. Dans un courrier du 10 mai 2019 de son conseil, le recourant a fait valoir que le montant de 175'000 fr. était resté dans l'entreprise, soit sur le compte de la société auprès de L._____. Il a précisé qu'il utilisait le compte de l'entreprise auprès de L._____ pour ses besoins privés, de même que pour payer des factures privées. Il a ajouté que la somme de 175'000 fr. figurait dans la comptabilité en janvier 2015 de l'entreprise et que « cet argent est resté dans l'entreprise, vu que Monsieur A._____ utilisait le compte de l'entreprise pour ses fins privées, comme cela peut aisément être démontré en examinant le compte de l'entreprise auprès de L._____ ». Cela ne ressort toutefois pas des comptes de la société D._____ Sàrl (cf. pièces produites à l'appui du courrier du 7 mars 2019 de son conseil, voir rubrique « actif circulants », poste « CEDC »). Cela étant, si cette somme a été versée sur le compte de l'entreprise sous la forme d'un prêt, D._____ Sàrl était ainsi créancière de cette somme, l'intéressé précisant à cet égard dans un courrier du 10 mai 2019 de son conseil que l'entreprise avait besoin de liquidités, ce qui expliquerait que la somme soit restée sur le compte bancaire de D._____ Sàrl. Dans ce contexte, on peine toutefois à comprendre comment la société été en mesure d'octroyer au recourant une prime spéciale à hauteur de 175'000 fr., alors qu'elle était en manque de liquidités et qu'elle n'avait réalisé en 2014 qu'un bénéfice de 90'000 fr. (selon les explications fournies par l'entreprise ; notice téléphonique du 20 juillet 2017).

cc) A l'instar de l'intimée, il convient d'observer que le recourant n'a jamais été en mesure de prouver qu'il avait perçu une prime de 175'000 fr. en son nom propre dans le courant de la période déterminante, soit du 21 juin 2014 au 20 juin 2015 (salaire que l'assuré a gagné durant l'année

qui a précédé l'accident ; art. 15 al. 2, 2^{ème} phrase LAA) et non en 2015 comme l'affirme de manière générale le recourant (recours, p. 17). Partant, l'on ne saurait reconnaître, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'intéressé avait bénéficié d'une gratification de 175'000 fr. durant l'année qui a précédé l'accident, respectivement en janvier 2015. En tout état de cause, les documents produits à l'appui de l'opposition établis après la date de l'accident ne permettent pas une lecture différente, étant rappelé que dans le cadre de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 23 septembre 2015 – soit trois mois après la fin de la période déterminante –, l'assuré confirmait percevoir un revenu mensuel brut de 7'000 fr. depuis le 1^{er} juillet 2008, sans faire état d'une quelconque gratification. Quant à l'attestation de salaires AVS 2015 mettant en évidence un salaire AVS de 218'915 fr. du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015, elle a été éditée le 5 janvier 2016 soit postérieurement à l'accident du 20 juin 2015. Par conséquent, peu importe que ce salaire ait été confirmé par la fiduciaire chargée de finaliser les comptes, par l'Autorité fiscale ou la Caisse de compensation, dès lors que le recourant échoue à démontrer le versement effectif du montant litigieux en sa faveur durant la période déterminante, soit du 21 juin 2014 au 20 juin 2015.

dd) Au vu des éléments précités, le revenu sans invalidité fixé à 84'000 fr. (7'000 fr. X 12) pour l'année 2017 peut dès lors être confirmé.

f) Pour déterminer le revenu exigible de la part de l'assuré, l'intimée s'est fondée sur les données de l'ESS de l'année 2016 pour un homme avec un niveau de compétence 1, ce qui correspond à un salaire annuel de 65'501 fr. (cf. ESS 2016, tableau TA1_skill-level, niveau de qualification 1, 5'215 fr. x 12 x 41.7/40 [pour l'adapter à un horaire hebdomadaire moyen de 41,7 heures], majoré de + 0.4 % [pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux - ISS, Evolution des salaires nominaux 1993-2018]). Partant, en tenant compte d'une capacité de travail de 40 % avec une perte de rendement de 15 %, un salaire de 22'270 fr. peut encore être réalisé par l'assuré dans une activité adaptée.

g) La comparaison entre le revenu réalisable sans accident de 84'000 fr. et le gain exigible de 22'270 fr. aboutit à un degré d'invalidité (arrondi) de 73 % à compter du 1^{er} décembre 2017.

8. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause sans qu'il n'apparaisse nécessaire de donner suite aux réquisitions du 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. Il se justifie dès lors de renoncer à la production du rapport de révision AVS 2015 en mains de la M. _____ par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Quant au « rapport de contrôle AVS », l'intimée a expliqué qu'elle n'était pas en possession d'un tel dossier relatif à l'entreprise D. _____ Sàrl (cf. écriture du 15 septembre 2025). Enfin, comme le précise l'intimée (cf. déterminations du 26 novembre 2025), le « dossier primes » de D. _____ Sàrl - entreprise dont la faillite a été prononcée le 16 décembre 2020 [recte : 2019] - auprès de la CNA contient avant tout des documents relatifs au classement dans le tarif des primes, pièces s'avérant ainsi non pertinentes dans le cadre du présent litige et comporte au demeurant des données personnelles des employés ne pouvant être révélées à des tiers.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimée, qui a procédé dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public, n'a pas davantage droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; 128 V 323).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 27 juin 2025 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour A. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :