

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 août 2022

Composition : M. NEU, président
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat à
Monthey,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) Ressortissant kosovar, R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le [...]. Il est entré en Suisse en [...]. Sans formation professionnelle et titulaire d'une autorisation de séjour de type C, il a été victime d'une chute le 20 avril 1998 alors qu'il travaillait sur un chantier, à la suite de laquelle il a présenté une incapacité de travail de longue durée.

Par décision du 17 juillet 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} avril 1999, fondée sur un degré d'invalidité de 55 %.

Par décision du 17 octobre 2013, l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2008 au motif du non-respect par l'assuré de son devoir d'informer sur la période allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 octobre 2010 (date de la suspension provisoire de la prestation) et réclamé la restitution des prestations versées à tort sur cette période, pour un montant total de 26'504 francs (décision du 14 novembre 2013).

b) Depuis le 1^{er} septembre 2018, R._____ a travaillé en qualité de coffreur à 100 % au service de la société H._____ SA, à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 12 décembre 2018, l'assuré a été victime d'un accident de chantier lors duquel il a reçu une poutrelle sur la tête, alors qu'il décoffrait une dalle, et a chuté sur la fesse droite, sans perte de connaissance (porteur du casque de sécurité). Suite à cet événement, il a présenté des dorsalgies sur status post-fracture tassement de D5, une discopathie dégénérative D7-D8, des discopathies dégénératives C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7 et C7-D1 avec signes de Modic de type I en C3-C4, C5-C6 et C7-D1 ainsi que des lombalgies chroniques (rapport d'IRM du rachis cervico-dorsal du 27 février 2019 de la Dre K._____, radiologue ; rapport du 5

novembre 2019 du Prof. J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

La CNA a pris en charge le cas.

Le 14 février 2019, l'assuré a repris le travail à mi-temps, qu'il a dû interrompre le jour-même en raison de douleurs au niveau des omoplates (compte-rendu d'entretien du 21 juin 2019 entre un inspecteur de l'assurance-accidents et l'assuré au domicile de ce dernier).

Une nouvelle tentative de reprise de l'activité habituelle de coffreur a débuté le 5 mars 2019. Le Dr A._____, généraliste et médecin traitant, a, compte tenu d'une recrudescence de douleurs à la nuque, attesté d'une incapacité totale de travail dès le 21 mai 2019 (certificats médicaux des 21 et 28 mai 2019).

L'assuré a été adressé au Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui l'a examiné les 20 mai et 11 juin 2019 et lui a prescrit des séances de physiothérapie. Selon le rapport établi à la suite d'une IRM cervicale et dorsale réalisée le 23 mai 2019 au Centre d'imagerie du [...], une stabilité du petit tassement de la vertèbre D5 a été observée en comparaison avec l'IRM du 27 février 2019, tout comme une « diminution du remaniement de la vertèbre C3, évoquant plutôt l'aspect d'une hernie de Schmorf en formation dans un contexte discarthrosique » ainsi qu'une « discarthrose étagée du rachis cervical et dorsal avec multiples endroits d'œdème discarthrosique ».

L'évolution étant lentement favorable, l'assuré a pu reprendre le travail à 50 % le 17 juin 2019. Cette reprise s'est toutefois soldée par un échec et de nouvelles incapacités de travail ont été attestées, à 50 % a été attestée du 25 septembre au 13 novembre 2019, puis à 100 % du 14 au 24 novembre 2019 et à 50 % depuis le 25 novembre 2019 (procès-verbal d'un entretien téléphonique du 29 novembre 2019 entre la gestionnaire en charge du cas auprès de la CNA et l'assuré ; certificats médicaux correspondants du Dr Y._____).

Le 7 octobre 2019, R._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes (mesures professionnelles/rente) en indiquant quant au genre d'atteinte à la santé « fracture du dos et grosses douleurs » existant depuis l'accident professionnel du 12 décembre 2018.

Par avis du 25 octobre 2019, la CNA a informé l'assuré du fait que, dès le 16 septembre 2019, ses troubles cervico-dorsaux étaient considérés comme relevant de la maladie et a mis un terme au versement de ses prestations d'assurance-accidents temporaires (indemnité journalière et prise en charge des frais du traitement médical).

Par avis du 3 janvier 2020, la CNA a confirmé à l'assuré qu'il se trouvait en incapacité de travail pour cause de maladie pour la période du 25 septembre 2019 au 12 décembre 2019.

La CNA a repris le versement de l'indemnité journalière dès le 13 décembre 2019 (courriel du 28 janvier 2020).

Du 12 février au 10 mars 2020, l'assuré a séjourné au sein du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion, où il a bénéficié de diverses prises en charge spécialisées. Dans leur rapport de sortie du 18 mars 2020, les Drs S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Le 12.12.2018 traumatisme avec :
 - tassement léger du plateau supérieur de D5 œdème du corps de C3 sans perte de hauteur (IRM 27.02.2019)
 - Discarthrose multi-étagée C3-C7 et de D2-10 avec réactions Modic 2 des plateaux de C5-C6, C7-D1 et D7-D8

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Consommation chronique d'OH [alcool]
- HTA [hypertension artérielle]
- Traumatisme crânien léger en 1998 sans séquelle neuropsychologique

- 2009 : précordialgies sans modification à l'ECG [électrocardiogramme]

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

En lien avec la problématique actuelle

- Nihil
- Autres
- Nihil

ANTECEDENTS MEDICAUX

- Lombalgies chroniques
- Tabagisme à 30 UPA
- Obésité grade I (BMI [Body Mass Index] 31,8 kg/m²)

ALLERGIES

- Pas d'allergie médicamenteuse ni alimentaire connue."

La rubrique intitulée « appréciation et discussion » du rapport des médecins spécialistes de la CRR se termine comme suit :

“Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous :

- x physiothérapie
- x mini-ECF
- x psychosomatique
- x ateliers professionnels
- x neuropsychologique
- x service social

Le traitement antalgique a été renforcé durant le séjour avec du Brufen 40 mg 3x/24h et du Dafalgan 1g 3x/24h d'office. Ainsi le patient a pu pleinement participer aux thérapies.

L'évolution subjective et objective est favorable (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

En fin de séjour, le patient a eu une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte). Au HFS/PACT, le score de 140 atteint par le sujet correspond à l'appréciation par le patient de pouvoir réaliser des activités exigeant un niveau d'effort léger. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut relever que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum aux différents tests a été considérée comme réelle. Le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été élevé. Au terme de l'évaluation, le terme d'effort fourni par le sujet correspond à un niveau d'effort moyen selon le DOT avec charges allant de 15 à 25 kg.

Au cours du séjour, le patient a été suivi par nos ateliers professionnels où il a travaillé sur des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives. Il a effectué des activités avec un niveau d'effort moyennement lourd (15-25 kg). La participation fut jugée bonne. Les activités à un niveau moyen d'intensité et respectant ses limitations fonctionnelles sont tolérées. Dès qu'il doit soulever des charges lourdes ou mobiliser son tronc dans des postures peu ergonomiques, le patient est en difficulté.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : port de charge supérieure à 20 kg, port de charge répété supérieure à 15 kg, activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, flexion et torsion répétées du tronc.

La situation est stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement physiothérapeutique en ambulatoire permettrait de poursuivre le reconditionnement physique du patient et de maintenir les acquis.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de la réinsertion dans l'ancienne activité est partiellement favorable. La poursuite à 50% comme il le faisait comme coffreur paraît difficilement envisageable malgré l'insistance du patient de poursuivre dans ce secteur. Il existe selon nous un important degré d'incertitude sur l'endurance physique et un risque important d'absence pour l'employeur.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. Les échanges et observations faites aux ateliers professionnels font ressortir des ressources à faire valoir chez M. R. _____ dans une activité à pleine capacité. En fin de séjour il est ouvert à une réflexion sur son avenir professionnel. Néanmoins, les différents facteurs contextuels, notamment la limitation linguistique, l'absence de formation et l'âge du patient prétéritent le potentiel de réinsertion sur le marché de l'emploi.

[...]

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE COFFREUR

- 100% du 12.02.2020 au 10.03.2020
- 50% du 11.03.2020 au 12.04.2020 dans l'ancienne activité
- 0% dès le 11.03.2020 dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles.

TRAITEMENT A LA SORTIE

Médicaments :

AMLODIPINE 5 MG SANDOZ ECO CPR-0-0-1-0 cpr,* per os
BECOZYM FORTE DRAG - 1-0-0-0 drag,* per os
BENERVA 300 MG CPR - 1-0-0-0 cpr,* per os
BRUFEN 400 MG CPR PELL - 1-1-1-0 cpr, * per os
DAFALGAN 1 G CPR PELL - 1-1-1-0 cpr, * per os
LISINOPRIL AXAPHARM 20 MG CPR - 1-0-0-0 cpr,* per os

NEXIUM MUPS 40 MG CPR – 1-0-0-0 cpr,* per os
Physiothérapie, ETH 2x/semaine

CONSULTATIONS OU EXAMENS PREVUS A LA SORTIE :

- Suivi habituel auprès de son médecin traitant et suivi de la TA [tension artérielle] et de la consommation d'OH chronique."

En annexe au rapport de la CRR du 18 mars 2020 figuraient en particulier les pièces suivantes :

- un rapport du 20 février 2020 relatif à une échographie de l'abdomen complet du 17 février 2020 qui a révélé un foie remanié diffusément hyperéchogène, sans hépatomégalie ni signe d'hypertension portale ainsi qu'un échodoppler rénal dans les limites de la norme ;

- un rapport de consultation de neuro-rééducation du 20 février 2020 dans lequel le Dr I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a fait les constatations et pris les conclusions suivantes sur le cas de l'assuré :

"[...] A l'examen de ce jour

Le patient est ponctuel, orienté, collaborant, avec une compréhension du français partielle nécessitant l'aide d'un interprète.

Concernant les paires crâniennes : pas de trouble olfactif, pas d'amputation du champ visuel, oculomotricité sans limitation, avec un nystagmus droit. Motricité et sensibilité faciale préservées. Weber centré, Rinne positif ddc [des deux côtés]. Motricité et sensibilité longuo-pharyngée conservées. Motricité trapèze et sterno-cléido-matoïdien conservée et bilatérale.

Rachis mobile indolore.

Voies longues : motricité conservée aux 4 membres.

Sensibilité : thermo-algique conservée, sensibilité épi-critique perturbée avec une pallesthésie à 4/8 en distalité aux MI [membres inférieurs] et MS [membres supérieurs], 4/8 au niveau de la tubérosité tibiale antérieure et des épine[s] iliaques antéro-supérieurs.

Réflexes : présents et symétriques aux MS, Hoffman négatif, abolis aux 2 MI en rotulien et en achilléen avec réflexe cutané-plantaire en flexion.

Epreuves fonctionnelles : Romberg latéralisé en postérieur gauche, avec déviation des index à droite et déviation pathologique à droite à l'épreuve de marche de Fukuda. Ataxie proprioceptive aux 4 membres avec tremblements fins des extrémités dans l'épreuve des bras tendus. La marche funambulesque est impossible, avec embardée à droite, l'appui unipodal est tenu moins de 10 secondes à gauche comme à droite.

L'examen rhumatologique n'a pas été refait ce jour.

Synthèse et appréciation

Patient victime de 2 TCC consécutifs en 1998 et 2018 avec perte de connaissance lors du premier TCC, et séquelles vertigineuses bilatérales antérieurement dont nous n'avons pas [les] résultats dans le dossier actuel.

Actuellement, la persistance de la symptomatologie vertigineuse fait évoquer en premier lieu une origine vestibulocochléaire plus ou moins associée à une hypotension orthostatique avec un voile noir devant les yeux lors de la verticalisation. Il conviendra donc de recupérer l'avis ORL du CHUV, réalisé dans les suites du premier TCC, de réaliser un test Schellong et d'orienter le patient vers une rééducation vestibulaire durant son séjour.

Le reste de l'examen neurologique est en faveur d'une ataxie proprioceptive sur une probable neuropathie longueur dépendante dans le contexte d'éthylisme. Un bilan de carence vitaminique est préconisé de principe, associé à une prise en charge rééducative des troubles de l'équilibre.

Concernant l'aspect neuro-cognitif, les plaintes rapportées sur l'aspect mnésique et les troubles de comportement peuvent faire évoquer les suites d'un TCC, raison pour laquelle il conviendra de demander une évaluation neuropsychologique pour compléter le bilan. En fonction de l'évaluation, l'indication d'une imagerie cérébrale à la recherche d'une lésion axonale diffuse ancienne pourrait se discuter. Il est probable que la composante psychologique interfère avec les résultats, et la prise en charge actuelle des troubles thymiques doit s'intégrer dans cette démarche. Le patient ne m'est pas apparu spécialement apathique ce matin avec des affects adaptés, un discours fluent, informatif, quelque peu digressif, chez un patient participatif.

Je reste donc à disposition en fonction des résultats des différents bilan[s]." ;

- un rapport du 21 février 2020 suite aux radiographies de la colonne lombaire et de la colonne dorsale réalisées le 14 février 2020 dont il ressort ce qui suit :

"On observe un tassement du corps vertébral de D5. Scoliose lombaire sinistro-concave associée à une bascule des deux

membres inférieurs d'environ 5 mm en défaveur du membre inférieur droit.

Pas de rétrécissement du trou de conjugaison.

Bonne minéralisation osseuse pour l'âge.

Lors de l'examen fonctionnel en flexion/extension dorsale, on ne voit pas d'anomalie du mur postérieur." ;

- un rapport d'examen neuropsychologique des 28 février et 6 mars 2020 signé par la psychologue spécialiste en neuropsychologie O._____ et la neuropsychologue V._____, qui se termine comme suit :

"EVALUATION

Réalisée en majeure partie avec une traductrice - pour toutes les tâches langagières

Observations cliniques: patient orienté, autonome pour toutes les AVQ [activités de la vie quotidienne], ni ralenti, ni fatigable, avec une appréciation tout à fait appropriée de sa situation et de ses capacités cognitives. Patient plutôt vif, faisant preuve d'une bonne réactivité avec modulation adéquate des affects. Le français parlé est suffisamment bien maîtrisé pour une conversation simple ; une traductrice est présente pour les questions de l'anamnèse et la passation d'une majorité des épreuves du présent bilan.

Plaintes et informations fournies par le patient: spontanément, le patient ne rapporte aucune plaintes concernant la sphère cognitive actuellement. Sur question, il relate des oublis occasionnels (sur les chantiers, il lui arrive d'oublier de faire certaines choses que son supérieur lui a demandé ; il lui est arrivé d'oublier des rendez-vous). Le patient impute ces oublis à l'âge plutôt qu'aux accidents de 1998 et 2018. Absence de plaintes post-TCC typiques (photo- ou sonophobie, altération du goût ou de l'odorat).

Quant à l'accident de 1998: chute de sa hauteur suite à l'impact occipital d'une table de coffrage suspendue, avec perte de connaissance d'une durée indéterminée (durée estimée d'une dizaine de minutes, mais en tout cas moins d'1h) et plaie occipitale avec, par la suite des nausées et vertiges, ainsi qu'une nervosité accrue. Suite à cet accident auraient apparu des tensions de couple - jusque-là harmonieux - son épouse lui reprochant une nervosité et impatience nouvelles. S'y seraient ajoutés des problèmes d'alcool et une dysfonction sexuelle. Le couple se sépare en 2003 et divorcera définitivement en 2005. Les nausées se seraient lentement amendées, alors que le patient estime avoir gardé des vertiges séquellaires jusqu'à ce jour.

Essayant d'éviter le travail en hauteur, le patient se serait lancé dans le domaine de la restauration (aurait acquis et géré un restaurant de 2003 à 2009 avec beaucoup de succès). En 2009, face à une concurrence importante, cette entreprise tourne mal. Après une perte financière conséquente, il aurait repris le travail sur les chantiers dans l'entreprise de son frère, toujours en essayant d'éviter un maximum les travaux en hauteur en raison de ses vertiges qui ne se seraient jamais améliorés. Un essai de retourner dans la restauration en 2014 se solde par un échec et creuse

davantage le gouffre de la dette. Suit une période de dépression et plusieurs tentatives de reprise d'activité sur les chantiers pour différents employeurs, toujours comme coffreur. Le patient estime ne jamais avoir pu reprendre cette activité à 100%, en raison de vertiges et de douleurs.

Quant à l'accident de 2018 : réception d'une poutrelle de coffrage sur la tête lors d'un affaissement d'une structure soutenant le plafond (le patient, qui porte un casque, tombe sur les fesses ; il reste pendu une dizaine de minutes dans cette position assise), sans perte de connaissance ni altération de la conscience.

[...]

Orientation : sp [sans particularité] aux trois modes

Langage : expression spontanée en langue maternelle fluente et informative. La dénomination (BARD) en langue maternelle est sp. Sous contrainte temporelle, la dénomination de dessins récurrents (animaux) est réalisée dans les temps impartis (1 paraphrasie sémantique) ; la dénomination de célébrités présentées sur photographies est bonne. Cliniquement, la compréhension auditivo-verbale en contexte et des consignes est bonne. Sous contrainte temporelle, la lecture est réalisée dans les temps impartis, sans erreur. L'écriture automatique et sous dictée est sp. Le graphisme est régulier. Aux *épreuves numériques*, des opérations orales avec retenues sont réussies avec facilité. En modalité écrite, une addition est possible et une multiplication sont correctement résolues. La transcription numérique est sp.

Praxies : sur le *plan constructif*, la copie d'un cube et d'une maison sont en ordre ; la copie de la figure complexe de Rey n'est pas réalisée de façon optimale. Sur le *plan idéomoteur*, la réalisation de pantomimes d'action sur ordre verbal, ainsi que l'imitation de gestes sans signification sont sp.

Gnosies : la discrimination de figures enchevêtrées, la reconnaissance de visages de célébrités sur photographies et la distinction gauche-droite sur sol et sur autrui sont préservées.

Mémoire : en *mémoire à court terme*, les empan verbal (7) et visuo-spatial se situent dans [la] norme. En *mémoire à long terme verbale*, à une épreuve de mémorisation de 15 Mots, l'apprentissage et l'évocation différée sont dans la norme ; la reconnaissance immédiate des mots cible et celle différée, les deux en terme-à-terme, sont parfaites. En modalité visuo-spatiale, les évocations immédiate et différée de la figure complexe de Rey sont respectivement dans la norme.

Fonctions exécutives : *cliniquement* absence de résurgence de réflexes archaïque. *Programmation* : la coordination réciproque bimanuelle, le maintien des séquences graphiques et gestuelles sont possibles. *Incitation* : la fluente verbale montre une productivité dans la norme en condition littérale et en condition catégorielle ; le rendement à une tâche de créativité non-verbale dirigée (5 points) est à la limite inférieure de la norme, sans persévérations excessives. *Inhibition* : les mouvements oculaire anti-saccadiques sont en ordre (10% d'auto-corrections - admises) ; la dénomination

en conflit avec lecture est réalisée dans les temps impartis (1 erreur stroop auto-correctée). *Flexibilité* : le tracking visuo-spatial alterné (CTT2) est réalisé dans les temps impartis, sans erreur.

Fonctions attentionnelles : Sur logiciel informatisé (TAP 2.3), au subtest *Attention divisée* les résultats sont dans la norme (temps de réponse, variabilité, taux de détection).

Raisonnement : le raisonnement associatif en modalité visuo-spatial est dans la norme.

CONCLUSION

Synthèse des résultats : 30 ans post-TCC probablement léger, et deux semaines post-sevrage d'une consommation d'alcool excessive chronique, le présent examen montre des résultats dans les limites de la norme pour l'ensemble des fonctions évaluées (orientation, langage, praxies, gnosies, mémoire immédiate et à long-terme, fonctions exécutives et attentionnelles, raisonnement associatif). Les performances sont donc tout à fait rassurantes et en accord avec les dires de ce patient authentique et collaborant, présentant une appréciation tout à fait adéquate de sa situation.

Appréciation : Il y a lieu de retenir un TCC léger pour l'accident de 1998 (perte de connaissance, et altération de conscience estimée rétrospectivement pendant une dizaine de minutes, probables modifications comportementales avec répercussions sur sa vie familiale) mais pas pour celui de déc. 2018 (aucune altération de la conscience).

A travers son parcours, le patient a fait preuve de volonté à s'en sortir de ses propres moyens et de capacités d'adaptation pour trouver une activité professionnelle lui évitant le travail en hauteur.

Répercussions fonctionnelles : Nous ne retenons aucune limitation sur le plan cognitif en ce jour, mais avons encouragé le patient à poursuivre son régime à consommation d'alcool réduite." ;

- un rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) du 2 mars 2020 de la physiothérapeute diplômée N. _____ dont il ressort ce qui suit :

"[...] Plaintes principales actuelles

Le sujet déclare une douleur cervicale le matin au réveil et à la mobilisation en particulier en extension. Il signale également une douleur thoraco-lombaire présente depuis plusieurs années et légèrement exacerbée depuis son accident ; celle-ci apparaît lors de la position assise prolongée, lorsque le sujet se lève de la position assise, la nuit et aux changements de temps. La douleur est cotée à 1/10 sur l'EVA au repos comme au début de l'évaluation et à 2/10 à l'issue de celle-ci (*pour un maximum signalé à 3/10*).

Résultat du PACT (*appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet*)

Les réponses au questionnaire PACT administré dans la langue maternelle du sujet (serbo-croate) sont cohérentes entre elles. Le score de 140 atteint par le sujet avant la réalisation des différents tests correspond, selon la définition donnée par le ministère américain du travail dans la publication Dictionary of Occupational Titles, à des activités exigeant un niveau d'effort léger. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut relever que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles.

Status locomoteur

Met en évidence :

- à l'observation en position debout statique, un sujet présentant une légère cyphose thoracique
- une mobilité active cervicale et lombaire légèrement limitée et alléguée douloureuse
- un passage réalisé de la position couchée sur le dos à assise sans l'aide des mains.

Aptitudes / déficits principaux

Pendant l'évaluation, le niveau de participation du sujet est déterminé en comparant sa volonté de fournir et maintenir un effort maximal aux observations faites par l'évaluatrice sur l'effort fourni par le sujet (*critères objectifs standardisés*). Les valeurs indiquées ci-après correspondent ainsi aux performances maximales (= effort maximal atteint) qui conviennent d'être fournies rarement sur la place de travail. L'évaluatrice se charge aussi de veiller à ce que le sujet ne se blesse pas et elle interrompt l'activité en cours si la sécurité l'exige (= arrêt sécuritaire).

- Position assise : sans problème.
- Lever du sol à hauteur de la taille : 22.5 Kg ; *arrêt sécuritaire (fréquence cardiaque maximale théorique de 135 battements/minute atteinte)*.
- Lever de la taille à hauteur de la tête : 12.5 Kg ; *arrêt sécuritaire (idem)*.
- Lever horizontalement : 22.5 Kg.
- Porter de la main droite (dominante) : 22.5 Kg.
- Porter de la main gauche (non dominante) : 22.5 Kg.
- Travailler au-dessus du niveau de la tête : légèrement limité (signes d'inconfort de la région cervicale ; douleur cervicale alléguée à l'issue du test).
- Pousser en statique : 32 Kg.
- Tirer en statique : 41 Kg.
- Pousser en dynamique (force de poussée : H=20kg) : sans problème.
- Tirer en dynamique (force de traction : H=20kg) : sans problème.
- Debout le tronc légèrement penché en avant : sans problème.
- Monter sur une échelle : sans problème.
- Variante avec une caisse de 10 kg tenue dans la main D : sans problème.
- Position debout : sans problème.

Coopération et cohérence

La volonté de donner le maximum aux différents tests a été réelle. Le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été élevé.

Observations de l'évaluateur

La connaissance des techniques de travail ergonomique est bonne.

Les observations au cours de l'évaluation sont :

- une dyspnée d'effort précoce
- des frottements/soutiens des régions cervicale et lombaire.

Les performances réalisées ont été obtenues au terme de 3 semaines de rééducation fonctionnelle à la clinique romande de réadaptation. Le sujet affirme avoir bénéficié des thérapies (diminution de la douleur cervicale) et avoir amélioré ses capacités physiques." ;

- un rapport intitulé « Réadaptation de l'appareil locomoteur » du 10 mars 2020, dans lequel la physiothérapeute diplômée U. _____ a écrit ce qui suit :

"Evaluation patient REA

Côté lésé : Les deux

- Test assis-debout 5x (s) : à l'entrée 19 ; à la sortie 13s
- Bras tendus devant soi (s) : à l'entrée 60 ; à la sortie 60
- Fléchisseurs cervicaux (s) : à l'entrée 10 ; à la sortie 10
- Pseudo Strength Test (s) : à l'entrée 100 ; à la sortie 100
- Gainage ventral (s) : à l'entrée 5 ; à la sortie 18
- Test des escaliers 1' (marches) : à l'entrée 112 ; à la sortie 140
- PILE Test (kg) : à l'entrée 17.5 ; à la sortie 22.5
- Test des 6' (m) : à l'entrée 480 ; à la sortie 600
- MSEC (W) : à l'entrée 175 ; à la sortie 175

Une « Evaluation de la Capacité Fonctionnelle (ECF *version courte*) » a également été réalisée durant le séjour (*cf rapport détaillé*).

Rapport de physiothérapie

Traitements effectués :

Ttt [traitement] en groupes : exercices individualisés en salle de gymnastique, entraînement thérapeutique sur des appareils de fitness, groupe exercices individualisés en petit bassin, marche intermédiaire, dirigé II.

Ttt individuels :

- en passif : thérapie manuelle au niveau de la colonne lombaire et SI, étirements chaîne postérieure, fango pour le dos
- en actif : exercices de coordination motrice, d'équilibre et renforcement global, exercices de correction posturale, exercices d'équilibre et proprioception sur différentes surfaces stables et instables, exercices hypopressifs.

Evolution subjective

Au sujet de la sensation de douleur (b280), le patient déclare une amélioration de la douleur au niveau du bassin, qui a disparu depuis début mars. Au niveau des douleurs cervicales et lombaires elles ont diminué 6/10 EVA (avant 8/10) en activité et 0/10 EVA au repos.

Au niveau de ses capacités fonctionnelles actuelles il relève une amélioration de la force, de la souplesse et sa résistance physique.

Evolution objective et participation

A l'issue du séjour, la physiothérapeute observe une participation aux thérapies régulière, avec un comportement adéquat.

Fonctions relatives à la mobilité et à la stabilité des articulations (b710-715) :

- mobilité active :

cervical : rotation (D/G) 40° (gain de 10°)/40° (gain de 15°)

Inclinaison (D/G) : 35° (gain de 20°)/35° (gain de 25°)

Flx (distance menton/sternum) 1 cm (gain de 5 cm) ;

Extension : 4 cm (gain de 4 cm)

- extensibilité musculaire :

Distance doigts sol - 15 cm (avant 20 cm) ;

Fonctions proprioceptives (b260) :

Equilibre unipodal YO : Dt : 15s G : 10s

Equilibre unipodal YF : Dt : 8s G : 6s

Autres :

Une évaluation vertige et équilibre a été réalisée (cf Omnis - rapport vertige et équilibre).

Suite thérapeutique

Proposition d'une poursuite ambulatoire à visée d'amélioration des fonctions musculaires, articulaires et proprioceptives.

Se sont avérées efficaces les séances d'exercices fonctionnels visant le travail proprioceptif et de renforcement.

Le patient a été instruit pour un programme d'exercices à domicile." ;

- un rapport vertige et équilibre du 19 mars 2020 signé par la physiothérapeute diplômée T. _____, dont le contenu est le suivant :

"Diagnostic médical : TCC en 1998 et 2018

Bilan :

Subjectivement :

- Vertige : sensation de tangage le matin au levé et lorsque le patient est en hauteur (EVA : 4/10) qui dure quelque[s] seconde[s] le matin depuis son 1^{er} accident en 1998.

Objectivement :

	Entrée
tests du RVS	Romberg : Oscillation en arrière ++ Verticale : 1°G
tests du RVO	HST : négatif HTT : positif à D
nystagmus spontané	RAS
stabilité dynamique 4SST (risque de chute)	25.6s
oculomotricité	Augmentation de la latence ddc
Dix et Hallpike	Négatif
épreuves rotatoires	Symétrique mais provoque des nausées

Oculomotricité

- Poursuite oculaire : gain (n>0,75) : D/G : 0.74/0.8
- Saccades oculaires : (latence / vitesse / précision (n<280ms / >380°/s / >80%) : D/G : 411/341, 755/789, 104/108

Fonction d'équilibration en posturographie dynamique :
Perturbée

		Norme	Entrée
Somesthésique	%	100	6
Visuelle	%	100	55
Vestibulaire	%	100	0
Dépendance visuelle	%	0	6
Taux de stabilité en A	%	>95	92.3
Surface de déplacement du centre de pression CP	cm2	1	1.8
Indice d'instabilité posturale IIP		Selon âge voir*	Augmentée

*IIP : valeurs moyennes

50-60 ans : A (n=1.09), B (n=1.17), C (n=2.17), D (n=2.47), E (n=4.18), F (n=4.91)

Traitement :

Somesthésie : différents plans instables, stimulation de la voute plantaire

Visuelle : poursuite et saccade

Vestibulaire : plan asservi YF

Dépendance visuelle : optocinétique

Des conseils et exercices ont été donnés au patient

Conclusion / Proposition de poursuite de traitement :

2 séances dont une d'évaluation :

Subjectivement : le patient décrit des vertiges le matin et lorsqu'il est en hauteur avec la même sensation de tangage (4/10).

Objectivement : un déficit de recrutement des 3 entrées sensorielles de l'équilibre, une augmentation de la latence ddc [des deux côtés] des mvt [mouvements] oculomoteurs.

Une poursuite est préconisé[e] afin de diminuer ses sensations de vertige et pour compenser au mieux ses déficits d'équilibration. Cependant, le patient ne voit pas l'intérêt de la prise en charge car vie avec ses symptômes depuis 1998."

A la suite du séjour à la CRR, où les séquelles de l'accident du 12 décembre 2018 étaient apparues stabilisées, la CNA a, par avis du 15 avril 2020, fait part à l'assuré de son intention de mettre fin au versement

de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2020. Elle a réservé le droit à d'autres prestations de l'assurance-accidents.

Le 30 juin 2020, l'assuré a été vu par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement de la CNA. Aux termes de son rapport d'examen final du même jour, ce praticien a confirmé la stabilisation du cas du point de vue médical malgré une incapacité totale de travail du 12 au 26 mai 2020, avec reprise à 50 % dès le 27 mai 2020 en raison d'une aggravation des douleurs en raison de la poursuite d'une activité inadaptée à l'état de santé. De l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précisées lors du séjour à la CRR, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière. Les constatations suivantes ont été effectuées lors de cet examen final :

“A l'examen clinique on est en présence d'un patient faisant plus que son âge, présentant un excès pondéral et une ptose abdominale, à la thymie maintenue, en état général conservé, qui ne semble pas avoir de limitation fonctionnelle majeure.

Objectivement, la musculature paravertébrale et le chef supérieur du trapèze sont indolores à la palpation. La mobilité du rachis cervical est conservée et la mobilisation s'effectue librement, sans irradiations douloureuses ni paresthésies dans les MS [membres supérieurs]. On note une légère accentuation de la cyphose dorsale. Il n'y a pas d'autres troubles statiques importants. Au niveau dorso-lombaire, la musculature paravertébrale est bien développée, sans contracture manifeste. La mobilité rachidienne est globalement conservée avec une DDS [distance doigts-sol] pratiquement nulle et la mobilisation s'effectue librement, sans inversion du rythme lombo-pelvien. Le patient peine un peu à passer de la position couchée à la position assise sans l'aide des mains. En revanche, il peut rester assis longtemps sans aucune gêne apparente. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT [réflexes ostéotendineux] sont peu vifs, symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux MS [membres supérieurs] ni aux MI [membres inférieurs]. Il n'y a pas d'autolimitation, pas de signes clairs de non-organicité.

Sur les RX [radiographies] de la colonne dorso-lombaire du 14.02.2020, on retrouve une petite fracture-tassement de D5 avec une légère cunéiformisation, sans grand changement par rapport à la situation qui prévalait sur l'IRM du 23.05.2019, réalisée 9 mois auparavant, et sans instabilité sur les clichés dynamiques.

Pour le dos, le traitement est manifestement terminé.

En revanche, le patient vient d'entamer une physiothérapie vestibulaire.

Elle a certes été prescrite par la CRR mais elle s'adresse à des vertiges qui s'inscrivent dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel, consécutif à un ancien accident, pour lequel la Suva avait estimé que sa responsabilité n'était plus engagée."

Par décision du 2 juillet 2021, la CNA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en l'absence de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident du 12 décembre 2018. Sur le plan médical, l'intéressé disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée de différents secteurs de l'économie (sans port de charges supérieures à vingt kilos, sans port répété de charges supérieures à quinze kilos, sans activité nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux ni de flexion et torsion répétées du tronc) depuis mars 2020. Conformément à l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il résultait de la comparaison entre un revenu sans (70'697 fr.) et avec invalidité (68'924 fr. ; montant fondé sur les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] sans prise en compte d'un abattement), une perte de 3 %, laquelle n'ouvrait pas le droit à la rente. La CNA lui a, en revanche, alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 14'820 fr. (taux de 10 %, sur la base d'un gain assuré de 148'200 francs en 2018). Cette prestation a été versée le jour même à son bénéficiaire.

Par décision du 8 juillet 2020, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de mesures professionnelles ainsi que le versement d'une rente d'invalidité, au motif qu'il présentait une capacité de travail de 100 %, à compter du 1^{er} mars 2020, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ; cette décision se fondait sur les conclusions du rapport de la CRR du 18 mars 2020 consécutif au séjour de l'assuré dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur de cette clinique.

Le 27 août 2021, l'assuré, par son conseil Me Aba Neeman, s'est opposé à la décision de la CNA du 2 juillet 2021, contestant le calcul de la perte de gain effectué par l'assurance-accidents, qu'il tenait pour

irréaliste, et requérant, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise médicale « neutre ».

Malgré les objections formulées à l'encontre de l'appréciation de la capacité de travail et du calcul de la perte de gain, la CNA a, par décision sur opposition du 26 octobre 2021, rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a confirmé le refus de rente, retenant que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues, depuis mars 2020. Après comparaison des revenus sans (70'697 fr.) et avec invalidité (68'924 fr.), la diminution de gain de 1'773 fr correspondait à un degré d'invalidité de 3 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. La mise en place d'une expertise neutre ne se justifiait pas en l'espèce.

B. Par acte du 26 novembre 2021, R. _____, représenté par Me Aba Neeman, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents lui est allouée. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants de l'arrêt à rendre ; plus subsidiairement encore, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise par le tribunal ainsi qu'au renvoi du dossier à la CNA pour instruction complémentaire. Le recourant a reproché à la CNA d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical. Ce faisant, il a contesté disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée en reprochant à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des divers rapports du Dr A. _____. Il a fait valoir qu'en prenant en considération les rapports de la CRR ainsi que l'avis du médecin prénommé, il convenait de retenir une capacité de travail moyenne de 80 % dans une activité adaptée. Sur le plan économique, le recourant était d'avis qu'un abattement de 25 % se justifiait au vu de « l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier » et qu'un auto-reclassement n'était pas exigible de sa part vu son âge de plus de 55 ans. Ainsi, selon ses propres calculs, tenant compte d'une capacité de travail de 80 % et d'un abattement maximal de 25 %, le degré d'invalidité

ascendait à 41,5 % (et non 3 %) et lui ouvrait le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

Dans sa réponse du 12 janvier 2022, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. En substance, elle a maintenu que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ceci depuis mars 2020. Sur le plan économique, elle était d'avis qu'elle n'avait à bon droit pas opéré d'abattement sur le gain hypothétique d'invalide de 69'924 fr. qui, comparé au revenu sans invalidité, non contesté, de 70'697 fr., offrait une perte de gain de 1'773 fr. correspondant à un taux d'invalidité de 3 %, lequel ne donnait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

Au terme d'un second échange d'écritures produites les 1^{er} et 16 mars 2022, les parties ont maintenu leurs positions respectives, l'arrêt CASSO AI 305/21 rendu le 14 février 2022 ayant été versé au dossier.

C. Par décision du 20 décembre 2021, R. _____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 novembre précédant. Il était exonéré du paiement de toute franchise mensuelle, Me Aba Neeman étant désigné comme avocat d'office.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus d'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

3. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. 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 l'assuré - 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_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - 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_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent

être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

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 citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

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 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). 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 139 V 592 consid. 2.3). 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 l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait

raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) L'assuré 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 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

g) 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).

h) 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).

i) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

4. a) En l'occurrence, le refus de l'assurance-accidents d'allouer une rente d'invalidité se fonde sur le constat médical d'une capacité de travail entière exigible de la part de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (soit, pas de port de charges supérieures à vingt kilos, pas de port répété de charges supérieures à quinze kilos, et pas d'activité nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux ni de flexion et torsion répétées du tronc), cela depuis le 1^{er} mars 2020. Cette décision se fonde sur les conclusions du rapport de la CRR du 18 mars 2020.

Le recourant, de son côté, conteste présenter la capacité de travail résiduelle retenue par l'intimée. Dans un premier moyen, il soutient qu'une capacité de travail maximale de 80 % dans une activité adaptée à l'état de santé déficient serait exigible de sa part ; il se fonde pour son estimation sur les avis de la CRR et du Dr A. _____.

b) Le 14 février 2022, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt (CASSO AI 305/21 - 56/2022), entré en force et retenant notamment ce qui suit :

“4. [...] b) Au terme du séjour du recourant du 12 février au 10 mars 2020 au sein du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion, les Drs S. _____ et E. _____ ont, dans le rapport de sortie du 18 mars 2020, posé le diagnostic principal de traumatisme le 12 décembre 2018 avec tassement léger du plateau supérieur de D5 œdème du corps de C3 sans perte de hauteur (IRM du 27.02.2019) et discarthrose multi-étagée C3-C7 et de D2-10 avec réactions Modic 2 des plateaux de C5-C6, C7-D1 et D7-D8. Comme diagnostics secondaires, ces médecins spécialistes ont posé une consommation chronique d'OH, une HTA, un traumatisme crânien léger en 1998 sans séquelle neuropsychologique ainsi qu'en 2009 des précordialgies sans modification à l'ECG. Selon les constatations effectuées durant le séjour, si l'activité habituelle de coffreur à mi-temps semblait difficile à poursuivre, il existait, à l'inverse, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles définitives retenues (port de charge supérieure à 20 kilos, port de charge répété supérieure à 15 kilos et activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, flexion et torsion répétées du tronc), depuis le 11 mars 2020.

Ce rapport rend compte d'une évaluation de l'assuré effectuée durant un mois auprès du service de réhabilitation de la CRR, lors de laquelle celui-ci a participé à pas moins de six prises en charge différentes, avec évaluation multidisciplinaire et professionnelle. Le rapport de la CRR de mars 2020 a été établi en pleine et parfaite connaissance du dossier, et il remplit les critères d'une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3e supra). Ses auteurs, qui sont des spécialistes dans leur domaine de compétence, ont en effet justifié leurs diagnostics et l'évaluation de l'incidence des atteintes sur la capacité de travail en se basant sur des examens cliniques parfaitement documentés et rendant compte d'une approche complète, soignée et globale du cas, rendant compte de manière claire de la stabilisation retenue ainsi que des restrictions fonctionnelles et des ressources de l'assuré. Les plaintes de ce dernier ont par ailleurs été recueillies puis éprouvées au regard des propres constatations des médecins spécialistes.

Les conclusions ainsi que le pronostic ressortant du rapport de la CRR de mars 2020 s'avèrent ainsi convaincants s'agissant de reconnaître une problématique subsistant quant à l'exercice de la profession usuelle de coffreur, telle que reprise à taux partiel. Ce rapport convainc également quant à la pleine capacité de travail reconnue dans une activité adaptée à l'état de santé physique défaillant, pour laquelle l'intéressé conserve les compétences et les ressources, nonobstant son âge et les divers facteurs contextuels (en particulier, une limite linguistique ainsi qu'une absence de formation professionnelle reconnue en Suisse).

De son côté, au terme d'un examen final de l'assuré le 30 juin 2020, le médecin d'arrondissement de la CNA a confirmé la stabilisation du cas du point de vue médical, nonobstant une incapacité de travail totale temporaire au mois de mai 2020, comme la pleine capacité de travail retenue dans une activité adaptée par ses confrères de la CRR.

A l'opposé, l'avis divergent de son médecin traitant dont se prévaut le recourant n'est pas de nature à sérieusement rediscuter du bien-fondé des constatations et conclusions dûment motivées et parfaitement convaincantes des médecins spécialistes de la CRR, corroborées par le médecin d'arrondissement de la CNA ; en effet, les certificats établis par le Dr A. _____ sont dépourvus de tout substrat médical objectif susceptible de leur attribuer quelque valeur probante et encore moins susceptibles d'éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations des médecins de l'assurance (cf. consid. 3f supra).

c) Il suit de ce qui précède que, des conclusions probantes du rapport de la CRR du 18 mars 2020, étant affecté principalement d'un tassement vertébral en D5 et de discopathies étagées déséquilibrées par celui-ci à compter du second accident survenu le 18 décembre 2018, si le recourant n'est plus en mesure de continuer son travail habituel à temps partiel il dispose toutefois d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles présentées, ceci depuis le 11 mars 2020 au moins. A ce propos, il importe de préciser que l'âge du recourant ne fait pas obstacle à cette pleine capacité de travail résiduelle dans la mesure où, comme le prévoit la jurisprudence (cf. consid. 3b/aa-cc

supra), l'intéressé a fait l'objet d'une évaluation concrète multidisciplinaire au sein d'une institution spécialisée permettant d'admettre qu'une auto-réadaptation est concrètement possible (renversement de la présomption d'un impossible auto-reclassement), ceci d'autant qu'une aide au placement a été offerte. Le fait pour l'assuré d'avoir renoncé à cette mesure pour persister à exercer son ancienne activité, réputée non adaptée, confine à la convenance personnelle, laquelle ne lie pas l'assurance-invalidité."

c) L'entrée en force de cet arrêt valide la valeur probante du rapport de la CRR du 18 mars 2020 et le fait que l'âge du recourant ne fait pas obstacle à une pleine capacité de travail résiduelle, appréciée dans le cadre d'une évaluation concrète multidisciplinaire, au sein d'une institution spécialisée habilitée à se prononcer sur la possibilité concrète d'une auto-réadaptation. La pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues depuis mars 2020 doit dès lors être confirmée, sans qu'il se justifie de procéder au calcul de capacité de travail moyenne que le recourant appelle de ses vœux.

d) Dans un second moyen, le recourant conteste le revenu hypothétique d'invalidé calculé par la CNA. A cet égard, il fait valoir qu'un abattement de 25 % se justifiait au vu de « l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier » et qu'un auto-reclassement n'était pas exigible de sa part en raison de son âge (plus de 55 ans). Ainsi, selon ses propres calculs, tenant compte d'une capacité de travail de 80 % et d'un abattement maximal de 25 %, le degré d'invalidité serait de 41,5 % (et non 3 %) et ouvrirait le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

aa) De jurisprudence constante, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a certes pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise : ATF 133 V 549 consid. 6). Quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les assureurs-accidents n'allouent pas de prestations sous la forme de réadaptation professionnelle (ATF 134 V 189 consid. 2.3 ; TF 8C_525/2009 du 18 mai 2010 consid. 2.2), cette compétence relevant de l'OAI, lequel a précisément refusé l'octroi de telles mesures au motif

que l'intéressé présente une capacité de travail (et de gain) de 100 % et qu'il a du reste renoncé à une aide au placement qui lui avait été offerte.

bb) Pour le reste les critères invoqués par le recourant ne justifient pas d'appliquer une déduction de 25 % sur le revenu d'invalidé. En effet, les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte en lien avec une activité adaptée à son état de santé déficient et n'ont donc pas à être retenues une seconde fois au titre d'un abattement. Au demeurant, contrairement à ce qu'il soutient, l'intéressé a fait preuve par le passé d'une capacité à travailler dans d'autres domaines que ceux des métiers du bâtiment. Un abattement supplémentaire en raison des difficultés linguistiques n'est également pas justifié dans le cas de l'assuré qui vit depuis de nombreuses années en Suisse (depuis [...]), y a également occupé divers emplois, et dispose de certaines compétences dans l'expression orale du français. Aucune réduction fondée sur la nationalité ne peut en outre être opérée, le type d'activités retenues de niveau de compétence 1, qui ne requiert pas de formation ou d'expérience professionnelle spécifique, ne nécessitant pas une bonne maîtrise du français et étant accessible tant à des travailleurs suisses qu'étrangers, sans discrimination fondée sur la citoyenneté. Enfin, dans la tranche d'âge du recourant, pour les postes sans fonction de cadre, ce critère a tendance à augmenter le salaire des hommes, comme l'observe à juste titre l'intimée dans sa réponse du 12 janvier 2022.

Au vu de ce qui précède, la situation du recourant ne justifie pas l'application d'un abattement sur le revenu d'invalidé.

e) Cela étant, il résulte de la comparaison entre un revenu sans (70'697 fr.) et avec invalidité (68'924 fr. ; montant fondé sur les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] sans prise en compte d'un abattement), une perte de 3 % excluant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. art. 18 al. 1 LAA).

5. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d’instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant, à savoir la réalisation d’une « nouvelle » expertise, doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l’instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d’une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu’elles ne pourraient pas l’amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée en conséquence.

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).

c) Le recourant est au bénéfice de l’assistance judiciaire. Me Aba Neeman peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d’office, qu’il convient, au vu de la liste de ses opérations, de fixer à 2’680 fr. 10, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l’assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le recourant est rendu attentif au fait qu’il devra rembourser l’indemnité provisoirement prise en charge par l’Etat dès qu’il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l’art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 26 octobre 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

- IV. L'indemnité d'office de Me Aba Neeman, conseil du recourant, est arrêtée à 2'680 fr. 10 (deux mille six cent huitante francs et dix centimes), débours et TVA compris.

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Aba Neeman (pour R. _____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :