

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 septembre 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Livet, juge, et Hempel-Bruder, assesseure
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à B***, recourant, représenté par Me Valentin Groslimond,
avocat à Vevey,

et

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

Art. 16 LPGA ; 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

En fait :

A. Ressortissant érythréen, A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé en dernier lieu comme paysagiste puis a perçu des prestations de l'assurance-chômage à compter du 1^{er} novembre 2023. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 26 avril 2024, A._____ a été victime d'un accident de la circulation, alors qu'il circulait au guidon de sa moto.

L'assuré a été transporté à l'Hôpital G._____ pour y recevoir les premiers soins. Dans un rapport du 26 avril 2024, la Dre J._____, médecin assistante, a posé les diagnostics de contusion à l'épaule et au genou gauches. Les radiographies effectuées n'ont révélé aucune fracture et un traitement conservateur sous forme de médication antalgique a été prescrit.

En raison de la persistance d'une symptomatologie douloureuse, une IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 14 mai 2024. Si cet examen a mis en évidence une anomalie de signal en distalité au sein du muscle petit rond pouvant s'expliquer par une déchirure musculaire partielle, le reste de la coiffe des rotateurs était normal.

Afin de déterminer l'existence d'une rupture partielle du muscle petit rond, la Dre E._____, spécialiste en radiologie, a pratiqué une nouvelle IRM de l'épaule gauche le 23 juillet 2024. Comparativement à l'IRM du 14 mai 2024, il y avait une diminution de l'œdème avec aspect partiellement rétracté, ce qui témoignait d'une déchirure partielle du petit rond, mais sans signe de péjoration. La médecin prénommée n'a en revanche pas observé de signe de rupture de la coiffe des rotateurs, même si elle a constaté une minime bursite sous-acromiale (rapport du 23 juillet 2024).

Le Dr I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a examiné l'assuré le 13 décembre 2024. Dans son rapport du 14 janvier 2025, ce médecin a indiqué que la douleur persistante et le manque de force constatée à l'épaule gauche s'expliquait par un déficit de rééducation au niveau de cette épaule. Aussi a-t-il prescrit une physiothérapie spécialisée en physiothérapie du sport afin que son patient puisse bénéficier d'exercices plus spécifiques que ceux dispensés jusqu'alors.

Lors d'un entretien téléphonique du 19 mai 2025, A._____ a informé la CNA qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité de paysagiste. Aussi, comme il ne souhaitait pas rester inactif, avait-il débuté, le 1^{er} mai 2025, une activité temporaire comme agent de sécurité qu'il avait toutefois de la peine à pratiquer en raison de ses douleurs à l'épaule gauche. Il était dès lors en discussion avec l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud – auprès duquel il avait déposé une demande de prestations le 5 décembre 2024 – afin d'obtenir une reconversion professionnelle.

Interpellé par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil auprès de la CNA, le Dr I._____ a, dans un rapport du 2 juin 2025 faisant suite à une consultation du 4 avril précédent, indiqué que l'évolution de l'épaule gauche était lentement favorable, même s'il persistait des douleurs à l'effort au niveau du petit rond. Les tests fonctionnels montraient un déficit de 40 % en excentrique sur la rotation externe, mais le test avait été douloureux. Son patient envisageait de débiter une activité d'agent de sécurité, car il s'estimait actuellement incapable de travailler comme paysagiste. Le Dr I._____ avait donc prolongé l'ordonnance de physiothérapie, ainsi que l'arrêt de travail en tant que paysagiste.

Le 2 septembre 2025, le Dr K._____ a procédé à l'examen médical de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, il a posé le diagnostic de déchirure musculaire du muscle petit rond de l'épaule gauche le 26 avril 2024. A l'examen clinique, les amplitudes articulaires étaient

symétriques avec des douleurs en fin de rotation externe bras au corps ou bras en adduction du côté gauche. La force musculaire était conservée, symétrique aux deux membres supérieurs. Il n'y avait pas d'amyotrophie au niveau des ceintures scapulo-humérales. Sur le plan médical, la situation était stabilisée, en ce sens que la poursuite d'un traitement médical n'apporterait aucune amélioration significative s'agissant de la fonction de l'épaule gauche. Alors que l'activité de paysagiste était définitivement inexigible, la profession d'agent de sécurité s'avérait également inadaptée en cas d'intervention impliquant de la force. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement, à condition de respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kg avec le membre supérieur gauche le long du corps et de plus de 5 kg le bras en porte à faux ; pas d'activité répétée avec des amplitudes articulaires amples au membre supérieur gauche ; pas d'activité nécessitant des positions du membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'omoplate (*a fortiori* si répétitive) ; pas d'activité avec outil entraînant des vibrations tenu par le membre supérieur gauche. Se fondant sur la table de la CNA concernant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, le Dr K. _____ a, par analogie à une périarthrite scapulo-humérale moyenne avec des douleurs à l'effort en fin d'amplitudes articulaires, fixé à 10 % le taux d'atteinte à l'intégrité.

Le 9 septembre 2025, la CNA a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident du 26 avril 2024, si bien qu'elle a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 septembre 2025. Elle a indiqué qu'elle allait examiner si les conditions d'octroi d'autres prestations de l'assurance-accidents étaient réalisées.

Par décision du 26 septembre 2025, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, faute d'une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident du 26 avril 2024. En revanche, suivant l'appréciation du Dr K. _____, elle lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

Représenté par Me Valentin Groslimond, avocat, l'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 27 octobre 2025. En substance, il faisait valoir que, malgré ses efforts, il était toujours totalement incapable de travailler, à tout le moins dans les professions exercées de paysagiste et d'agent de sécurité, si bien qu'il estimait présenter un degré d'invalidité de 100 %. Si toutefois aucune rente d'invalidité, même à titre provisoire, ne devait lui être accordée, il convenait de « restaurer son droit aux indemnités journalières » jusqu'à la fin du mois de février 2026 « afin de lui laisser le temps de s'adapter à la recherche non simplement d'un nouvel emploi, mais bien d'une nouvelle profession ».

Par décision sur opposition du 19 février 2026, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 26 septembre 2025 et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Après avoir exposé en quoi l'appréciation du Dr K._____ devait se voir conférer pleine valeur probante, elle a confirmé l'absence de perte de gain résultant de la comparaison des revenus. Par ailleurs, l'assuré ne pouvait être mis au bénéfice d'une rente transitoire, dans la mesure où il disposait déjà d'une pleine capacité de travail sans baisse de rendement dans une activité adaptée, avant même toute éventuelle mesure professionnelle. Enfin, la CNA a expliqué que l'intéressé ne pouvait prétendre au versement d'indemnités journalières pendant une période de reconversion, au motif que l'activité habituelle ne serait plus exigible et qu'un changement de profession s'imposerait.

B. **a)** Par acte du 19 mars 2026, A._____ a, sous la plume de son conseil, recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 19 février 2026 en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif au recours, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un taux de 10 % au moins dès le 1^{er} octobre 2025 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Dans un premier moyen, l'assuré critiquait l'appréciation de sa capacité de travail. A ce propos, il faisait valoir que le rapport du Dr K. _____ du 2 septembre 2025 ne satisfaisait pas aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante dès lors qu'il était entaché d'une contradiction interne. En effet, ce médecin retenait l'existence de limitations fonctionnelles significatives, tout en concluant à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Par ailleurs, en ignorant l'impact des douleurs sur le rendement et en faisant fi de l'incidence des limitations fonctionnelles sur le champ des activités professionnelles encore envisageables, la CNA n'avait procédé qu'à une évaluation purement théorique de la capacité de travail. De ce fait, retenir une capacité de travail entière revenait à imputer un revenu hypothétique et irréaliste. L'assuré soulignait d'ailleurs qu'il n'avait pas été en mesure de reprendre durablement l'exercice de son activité d'agent de sécurité en raison de la recrudescence des douleurs, alors même que cette profession était moins exigeante physiquement que ses précédents emplois.

Dans un second moyen, l'assuré se plaignait d'un taux d'abattement sur le salaire statistique pris en compte pour déterminer le revenu d'invalidé - fixé à 10 % - manifestement insuffisant au regard de ses limitations fonctionnelles, de ses douleurs et de son parcours professionnel. Selon lui, la combinaison de ces facteurs réduisait de manière significative l'éventail des activités encore exigibles, si bien qu'il ne pouvait accéder qu'à un nombre limité de postes, ce qui restreignait sa marge de négociation salariale. Aussi, estimait-il qu'un abattement de 20 % au moins, voire 25 %, devait être appliqué ce qui, après comparaison des revenus, ouvrait droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

Dans un dernier moyen, l'assuré faisait grief à la CNA d'avoir violé le principe inquisitoire, en fondant la décision sur opposition litigieuse exclusivement sur un rapport médical interne entaché de contradictions et en se contentant de postuler l'existence d'une activité adaptée de manière théorique, sans examiner si des emplois concrets étaient réellement accessibles.

A titre de mesures d'instruction, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, une évaluation concrète de sa capacité de réinsertion professionnelle sous la forme d'un mandat confié à un spécialiste en réadaptation professionnelle ainsi que son audition personnelle.

b) Dans sa réponse du 2 avril 2026, la CNA a conclu au rejet du recours et de la requête de restitution de l'effet suspensif. S'agissant de l'appréciation du Dr K._____, elle faisait observer qu'elle n'était remise en cause par aucune pièce médicale, si bien qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Concernant l'existence de postes adaptés aux limitations fonctionnelles de l'assuré, elle s'est attachée à rappeler que les possibilités concrètes de travail s'appréciaient à l'aune de la notion de marché équilibré du travail. Finalement, un taux d'abattement supérieur à 10 % n'entraîne pas en considération au vu de la situation concrète de l'intéressé.

c) S'exprimant par pli du 8 mai 2026, l'assuré a déclaré ne pas avoir d'explications complémentaires à apporter ni de pièces à produire. Se référant dès lors au contenu de son mémoire de recours du 19 mars 2026, il a déclaré en confirmer intégralement les conclusions.

En droit :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès 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 recourant ne contestant pas la stabilisation de la situation sur le plan médical, le litige porte sur son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

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 de référence.

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (première phrase) ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (seconde phrase). Il appartient ainsi à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1; 143 V 148 consid. 3.1.1; 134 V 109 consid. 4.1).

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. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa

profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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.

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 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 (ATF 138 V 457 consid. 3.1; TF 9C_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5.1, in SVR 2008 IV n° 62 p. 203 ss.), 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).

On soulignera encore que la notion de « marché du travail équilibré » est certes théorique et abstraite mais qu'elle est néanmoins inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGa. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail

lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

5. a) S'agissant de l'activité habituelle de paysagiste, il ressort du dossier que, lors d'une consultation du 4 avril 2025, le Dr I._____ a constaté que, même si l'évolution était lentement favorable, son patient n'était pas en mesure de reprendre une activité impliquant des travaux de force avec les membres supérieurs en raison de la persistance de douleurs à l'effort au niveau du petit rond de l'épaule gauche. Cette appréciation a été confirmée par le Dr K._____ dans son rapport du 2 septembre 2025, duquel il résulte que la capacité de travail de l'assuré est définitivement nulle dans l'activité de paysagiste et maçonnerie paysagère. Les avis médicaux figurant au dossier étant convergents, il y a lieu d'admettre, à l'instar de l'intimée, que la capacité de travail du recourant est nulle dans son ancienne activité, ce que ce dernier ne conteste au demeurant pas.

b) Le recourant allègue toutefois ne pas être en mesure de travailler à 100 % dans une activité adaptée. A cet égard, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport médical établi le 2 septembre 2025 par le Dr K._____, selon lesquelles le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations engendrées par ses douleurs à l'épaule gauche (pas de port de charges de plus de 10 kg avec le membre supérieur gauche le long du corps et de plus de 5 kg le bras en porte à faux ; pas d'activité répétée avec des amplitudes articulaires amples au membre supérieur gauche ; pas d'activité nécessitant des positions du membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'omoplate [*a fortiori* si répétitive] ; pas d'activité avec outil entraînant des vibrations tenu par le membre supérieur gauche). Ce médecin a tenu compte, dans le cadre de son analyse, des appréciations médicales établies par les médecins traitants et il n'y a aucun élément au dossier propre à susciter un doute quant au bien-fondé de l'évaluation du Dr K._____. De plus, il convient de constater, à l'instar de l'intimée, que le recourant n'a produit aucune pièce médicale attestant d'une capacité de travail réduite dans une activité adaptée, respectivement d'une diminution de rendement dans une telle activité. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'une « expertise médicale pluridisciplinaire » ne se justifie pas (cf. considérant 7 *infra*).

c) Le recourant reproche à l'intimée d'avoir retenu l'existence « d'une activité adaptée sans jamais la définir ni en vérifier l'accessibilité concrète ». Cela étant, il convient de constater que les limitations fonctionnelles mises en évidence ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière autre qu'une mise au courant initiale. Dans ce contexte, il sied de préciser qu'une activité d'agent de sécurité n'est pas considérée comme étant compatible avec les limitations fonctionnelles mises en évidence (cf. rapport du Dr K. _____ du 2 septembre 2025, p. 6), de sorte que l'on ne saurait rien déduire de l'échec rencontré par le recourant dans la reprise de cette activité.

6. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

a) 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_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 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).

b) 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 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1 ; 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).

c) 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). Lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 148 V 419 consid. 5.2; 148 V 174 consid. 6.2; 143 V 295 consid. 2 ; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2).

d) En ce qui concerne la comparaison des revenus effectuée par la CNA, il n'y a pas lieu de s'écarter – faute de critiques à ce propos – des valeurs prises en considération par la CNA pour procéder à la comparaison des revenus. Le revenu de valide de 58'273 fr. (4'482 fr. 50 x 13) se rapporte au salaire minimum que percevrait un aide-jardinier sans certificat fédéral de capacité, mais au bénéfice d'une expérience de quatre ans dans le métier (art. 8, par. C1, de la Convention collective de travail des paysagistes et entrepreneurs de jardins du canton de Vaud du 1^{er} janvier 2024). S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimée s'est fondée sur le salaire de 5'305 fr. versé à un homme dans le secteur privé avec un niveau de compétences 1, correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation, résultant de l'ESS 2022, qu'elle a adapté à la durée hebdomadaire de travail moyenne en Suisse (41,7 heures) et à l'évolution des salaires jusqu'en 2025, année de naissance d'un éventuel droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

e) Le recourant critique l'abattement de 10 % opéré par l'intimée sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé.

aa) 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, l'âge, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé 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 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

bb) L'intimée n'a, dans le cas d'espèce, pas violé le droit fédéral en retenant un abattement de 10 % sur le salaire statistique. Celui-ci tient compte de manière appropriée des effets que l'atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles engendrées par celle-ci peuvent jouer concrètement sur les perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple et légère. Par ailleurs, les activités adaptées envisagées, simples et répétitives de niveau de compétences 1, ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, tout nouveau travail allant d'ailleurs de pair avec une formation initiale, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (cf. TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Il n'y a pour le reste pas lieu de tenir compte d'autres facteurs tels que l'âge (27 ans), ou la nationalité (nationalité érythréenne), dès lors qu'ils n'apparaissent guère susceptibles d'influer sur les perspectives salariales du recourant.

f) Dans la mesure où le revenu d'invalidé est supérieur au revenu sans invalidité, il n'y a pas de préjudice économique. Partant, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents doit être nié.

7. En tant que le recourant reproche pour finir à l'intimée de n'avoir pas examiné le droit à des mesures d'ordre professionnel, il convient de rappeler que les prestations de l'assurance-accidents ne comprennent pas de mesures destinées à la réadaptation professionnelle, lesquelles

relèvent exclusivement de l'assurance-invalidité (art. 19 al. 1 LAA ; TF 8C_291/2021 du 12 octobre 2021 consid. 7).

8. En l'occurrence, le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner d'autres mesures probatoires sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire, voire de l'audition personnelle du recourant. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, si bien que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît inutile. 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 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition rendue le 19 février 2026 par l'intimée.

b) La cause étant tranchée, la requête de restitution de l'effet suspensif formée par le recourant dans son acte du 19 mars 2026 devient sans objet.

10. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPG), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 février 2026 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Valentin Groslimond, avocat (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).

Le greffier :