

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Dario Barbosa, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 et 4 OLAA

E n f a i t :

A. Le 18 juillet 2016, Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité portugaise, droitier et ouvrier dans le bâtiment auprès de la société C._____ SA, à [...], a été victime d'un accident professionnel en recevant une masse de béton sur la tête qui l'a fait chuter sur le côté gauche. Transporté à [...], il a été hospitalisé au sein de l'unité de [...] du [...] au [...] ([...]) jusqu'au 26 juillet 2016, date de son retour à domicile pour suite de traitement conservateur par minerve thermoformée (trois mois). Le DS._____, chef de clinique adjoint, a diagnostiqué une fracture non déplacée de la lame gauche de C6, du pédicule articulaire supérieur de C7 et du processus transverse gauche de C7. Une lacération conjonctivale superficielle temporale de l'œil gauche sans plaie pénétrante, avec un fond de l'œil en ordre, a par ailleurs été constatée et traitée (rapport du 12 août 2016). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

L'IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale de contrôle du 14 septembre 2016 réalisée au CHUV n'a pas mis en évidence de signes de myélopathie ou d'atteinte (compression) des racines nerveuses susceptibles d'expliquer le fourmillement au niveau C6 gauche ressenti par l'assuré. L'imagerie montrait la fracture non déplacée de la lame gauche de C6 en cours de consolidation.

Au status à deux mois du traitement conservateur par minerve thermoformée, les médecins de l'unité de [...] au [...] ont constaté des paresthésies au niveau du pouce, de l'index et du majeur gauches et adressé l'assuré au service de chirurgie plastique et de la main (rapport du 26 octobre 2016).

En arrêt de travail depuis l'accident, l'assuré a été licencié par l'employeur C._____ SA pour le 10 décembre 2016 (lettre du 9 novembre 2016).

Le 30 novembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et/ou rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). L'OAI a pris en charge une mesure d'intervention précoce auprès de la Fondation [...], à [...], du 30 janvier au 9 juin 2017. Cette mesure a finalement dû être annulée compte tenu de lacunes en français de l'assuré (communications des 19 janvier et 17 mars 2017).

Les médecins de l'unité de [...] au [...], notant la présence de douleurs (cervicalgies et contracture) à la palpation du rachis cervical de C2 à C7 dans le contexte d'une situation sans évolution, ont prescrit neuf séances de physiothérapie et adressé l'assuré à la consultation de médecine physique de réhabilitation du [...] (rapport du 3 janvier 2017). Ces mêmes médecins ont fait état de nouvelles plaintes de l'intéressé sous forme d'acouphène localisé au-dessus de l'oreille gauche, présent en permanence et altérant ses capacités de concentration (rapport du 21 février 2017).

Le 1^{er} février 2017, l'assuré a subi une arthroscopie du poignet gauche avec libération du nerf médian (protocole opératoire du 7 février 2017 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main).

Dans un rapport du 13 mars 2017, les médecins de la consultation de [...] au [...] ont posé les diagnostics suivants :

“Diagnostics :

- Cervicalgies chroniques avec status post-fracture de la lame de C6 et du pédicule articulaire supérieur de C7, de la transverse de C7 à gauche, suite à un accident de chantier le 18.07.2016, traitée conservativement par minerve thermoformée pendant 3 mois.
- Lombalgies basses aspécifiques avec s/p trauma du 18.07.2016.

Diagnostics secondaires :

- Status post-libération du nerf médian gauche le 01.02.2017.
- Douleurs chroniques du poignet gauche sur :
 - Lésion du ligament scapho-lunaire.
 - Lésion du ligament luno-trichétral.

- Lésion complexe du TFCC avec désinsertion radiale partielle et perforation centrale.
- Chondropathie du pôle proximal de l'hamatum.
- Lésions pour lesquelles un avis en chirurgie de la main préconise un traitement conservateur."

En présence d'un bilan radiologique mettant en évidence l'absence de fracture ou tassement au niveau lombaire, ces spécialistes ont préconisé la poursuite de la physiothérapie à but principal de décontraction, avec dans un second temps, un travail musculaire doux et progressif axé sur le renforcement et la proprioception, avec un traitement adjuvant par myorelaxants.

Dans un rapport du 25 avril 2017 au Dr G._____, généraliste et médecin traitant, le Dr D._____ a posé les diagnostics de lésion dégénérative du ligament triangulaire du carpe gauche, d'arthrose radio-ulnaire distale gauche, de syndrome du tunnel carpien gauche opéré le 1.2.2017 et de chondropathie du pôle proximal de l'hamatum gauche. Ce spécialiste a indiqué que si les douleurs ulno-carpiennes devaient persister, une nouvelle intervention pouvait être discutée. Il précisait toutefois qu'il s'agissait de gestes palliatifs sans incidence sur le problème de l'arthrose radio-ulnaire distale. Pour ce chirurgien, le status dégénératif du poignet gauche était « peu compatible » avec la reprise de l'activité habituelle d'ouvrier dans le bâtiment. Il n'émettait toutefois aucune contre-indication à la reprise du travail de l'intéressé, mais doutait que cela soit souhaitable sur le long terme pour ce qui concernait le poignet gauche.

Le 31 mai 2017, l'assuré a été examiné par le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant, lequel a estimé que subjectivement l'évolution n'était guère favorable en présence de cervicalgies associées à des céphalées et des brachialgies gauches, de pertes d'équilibre et d'un bruit permanent dans la région temporale gauche s'accompagnant de troubles de l'attention rapportés par l'assuré. Objectivement, il a décrit un patient figé, à la thymie abaissée. La mobilité cervicale était limitée. Des troubles de l'équilibre et des oublis de dates des divers rendez-vous et suivis

médicaux ont été observés. L'intéressé disait nécessiter l'aide de sa femme pour l'habillage et le déshabillage. Dans ce contexte, le médecin-conseil de la CNA se disait surpris par cette évolution défavorable à un an de l'accident. Estimant peu probable que l'assuré puisse réintégrer son ancienne activité, le Dr Q._____ a indiqué qu'il était prévu de le revoir pour un bilan final après un séjour à la CRR (Clinique romande de réadaptation), à Sion.

Du 13 juin au 18 juillet 2017, l'assuré a séjourné à la CRR, en vue d'effectuer un complément de rééducation et de se soumettre à une évaluation dans les ateliers professionnels. Dans leur rapport du 13 septembre 2017, les Drs R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et M._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour lombalgies, cervicalgies et céphalées.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Cervicalgies chroniques
- Douleurs du poignet gauche
 - lésion des ligaments SL (Dautel 2), LT (Geissier 2) et du TFCC avec désinsertion radiale partielle et perforation centrale
 - chondropathie du pôle proximal de l'hamatum (Arthroscopie du 01.02.2017)
- Acouphènes
- Accident de travail le 18.07.2016 :
 - fracture non-déplacée de la lame gauche de C6, du pédicule articulaire supérieur de C7 et du processus transverse gauche de C7, traitées conservativement
 - lacération conjonctivale superficielle temporale de l'œil gauche, sans plaie pénétrante, avec fond de l'œil en ordre
 - TCC léger probable

Intervention :

- Arthroscopie diagnostique et libération du nerf médian au canal carpien gauche, le 01.02.2017

CO-MORBIDITES

- Lombalgies chroniques non-spécifiques

ANTECEDENTS

- Nihil

ALLERGIES

- Pas d'allergie médicamenteuse, ni alimentaire connue"

Ces spécialistes se sont ensuite exprimés comme suit sur l'état de santé ainsi que sur les possibilités de l'assuré de reprendre une activité professionnelle :

“Appréciation et discussion

[...]

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

Sur le plan neurologique : TCC léger probable (Cf. rapport de neurologie du 26.06.2017 et IRM cérébrale du 29.06.2017), sur la base des données anamnestiques de perte de connaissance et d'amnésie post-traumatique d'environ 30', sans lésion traumatique visible au CT effectué aux urgences ou sur l'IRM réalisée durant le séjour, et aussi sur la base des plaintes pouvant être qualifiées de typique post TCC. L'examen neuropsychologique du 28.06.2017 et du 03.07.2017 met en évidence de légers fléchissements exécutifs et attentionnel[s], pouvant être influencé[s] par plusieurs facteurs (faible scolarité avec difficultés scolaires, médication et douleurs). Tous les autres domaines investigués se situent globalement dans la norme.

L'examen neurologique ayant objectivé la présence de signes d'une atteinte vestibulaire périphérique gauche, le patient a été adressé à la consultation spécialisée d'ORL, où l'examen oto-neurologique est revenu normal, mis à part un acouphène gauche subjectif.

Pour ce qui concerne la main gauche, l'ENMG [électroneuromyogramme] du 26.06.2017 montre une normalisation des valeurs de conduction du nerf médian gauche après cure chirurgicale pour syndrome du tunnel carpien le 01.02.2017.

Pour ce qui concerne les lombalgies rapportées par le patient. Le bilan radiologique (RX et IRM lombaires) ne retrouve pas d'atteinte spécifique. Les douleurs sont vraisemblablement en lien avec la période d'inactivité. Le patient doit poursuivre un programme de reconditionnement et a été instruit à un programme d'auto-exercices.

Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic n'est retenu. L'évaluation retrouve un patient se disant triste quand il repense à l'accident n'en étant pas responsable et une inquiétude par rapport à son avenir professionnel.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels (non-compréhension du français) influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient qui reste centré sur les douleurs.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (Cf. rapports annexés) :

- x physiothérapie
- x ergothérapie
- x psychosomatique
- x ateliers professionnels
- x neuropsychologie

Sur le plan antalgique, il a été essayé de diminuer la prise de Sirdalud durant le séjour en ne conservant que la prise du soir. L'application topique d'AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens] a été proposée.

Tant subjectivement que objectivement l'évolution est considérée légèrement favorable (Cf. rapports et tests fonctionnels). Malgré la persistance d'un certain comportement douloureux, il annonce un gain de mobilité de la nuque et de ses aptitudes fonctionnelles. Objectivement, il y a un gain de rotation et des mouvements plus fluides ainsi qu'une amélioration aux tests fonctionnels, aussi liée à une diminution des autolimitations. La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne en lien avec le comportement douloureux.

Hormis le fait que le patient sous-estime quelque peu le niveau d'activité qu'il peut réaliser (score au PACT bas correspondant à l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis), et des autolimitations, aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : ports de charges répétés supérieurs à 10 kg ; activités nécessitant des mouvements de la nuque répétés en flexion-extension ou le maintien prolongé de la nuque en extension.

La situation n'est pas complètement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

Une stabilisation médicale est attendue durant l'automne.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie en ambulatoire pourrait permettre d'améliorer la mobilité active de la nuque et la condition physique générale chez un patient ayant tendance à s'autolimiter.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus sera limité par le comportement douloureux du patient et des facteurs contextuels défavorables tels que la non-maîtrise du français.”

Etaient joints à cette appréciation médicale :

- Les résultats d'une évaluation de type réorientation aux ateliers professionnels de la CRR. Aux termes de leur rapport du 19 juin 2017, le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et A._____, maître socioprofessionnel, du service de réadaptation professionnelle de la CRR, ont indiqué que, pris en charge sur des périodes allant jusqu'à une heure, l'intéressé avait été testé dans des tâches sans ports de charges, en position assise ou debout, avec des résultats sous la moyenne. Les observateurs ont noté les limitations suivantes : augmentation des douleurs dans la nuque ainsi qu'au dos en position assise, difficulté des membres supérieurs (droit et gauche) lors des mouvements répétitifs et en extension, difficulté de préhension ainsi que tremblements main gauche et droite, et céphalées. Ils ont précisé avoir observé de nombreuses mimiques de douleurs et des soupirs, un déconditionnement ainsi qu'un ralentissement global ;
- un rapport relatif à une radiographie de la colonne lombaire réalisée le 22 juin 2017 au service d'imagerie diagnostique et interventionnelle du [...] ([...]), à [...], mettant en évidence une hauteur conservée des corps vertébraux et des espaces intersomatiques, pas d'arguments pour une fracture des arcs postérieurs, un bon alignement du mur antérieur et postérieur et pas d'opacité pathologique se projetant sur les aires digestives ;
- un rapport d'examen neuropsychologique des 28 juin et 3 juillet 2017 réalisé en portugais, dans lequel la psychologue E._____ et la neuropsychologue I._____ se sont exprimées en ces termes sur le cas de l'assuré :

“Conclusion : cet examen neuropsychologique réalisé auprès d'un patient collaborant, met en évidence un fléchissement exécutif (programmation et incitation) et un fléchissement attentionnel (ralentissement, temps de réaction modérément ralentis).

Tous les autres domaines investigués (fonctions logo-practognosiques, mémoire à court et à long terme) se situent globalement dans la norme.

Dans l'ensemble, les déficits sont légers mais significatifs chez un patient qui a bien collaboré comme l'atteste notamment le bon résultat en mémoire verbale. Différents facteurs peuvent les influencer : faible scolarité avec difficultés scolaires, médication (sirdalud, tramal), douleurs." ;

- un rapport du 3 juillet 2017 du Dr O._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui conclut à un examen oto-neurologique normal, mis à part l'acouphène gauche, subjectif, de stade II à III ;

- un rapport « vertiges et instabilités » du 6 juillet 2017 de K._____, physiothérapeute diplômée, qui se conclut comme suit :

“3. Conclusion / Proposition de poursuite de traitement :

Au vu du comportement du patient durant l'évaluation et après discussion avec sa physiothérapeute, aucune proposition de prise en charge spécifique n'a été faite.” ;

- un résumé d'ENMG du 14 juillet 2017 du Dr X._____, spécialiste en neurologie et en électroneuromyographie, qui se termine en ces termes :

“Conclusion

Ce patient a été victime d'un accident de travail le 10 [recte : 18].07.2016 qui a provoqué une fracture non déplacée de lame gauche de C6, du pédicule articulaire supérieur de C6 et du processus transverse gauche de C7, d'une lacération conjonctivale superficielle temporale de l'œil gauche et d'autre part un TCC de degré léger. Pour ce dernier diagnostic parlent les données anamnestiques de perte de connaissance et amnésie post-traumatique environ 30', l'absence de lésion traumatique visible à l'étage crânio-cérébral du CT effectué aux urgences ainsi que les plaintes pouvant être qualifiées de typique post TCC du patient. D'ailleurs, dans ce contexte, je propose de compléter le bilan par une IRM cérébrale, une évaluation neuropsychologique et un examen ORL afin de confirmer ou infirmer la présence d'une atteinte vestibulaire périphérique gauche, vu la présence de signe d'une telle atteinte à l'examen clinique. Il serait utile de se prononcer sur les rapports des consultations ORL du CHUV datant de février 2017.

En ce qui concerne les cervicalgies non irradiantes et des douleurs d'allure mécanique du poignet gauche, l'évaluation clinico-électrophysiologique n'a apporté aucun argument objectif en faveur d'une atteinte des structures nerveuses proximales distales à

l'origine des doléances du patient. L'examen électrophysiologique montre une normalisation des valeurs de conduction du nerf médian gauche au passage du carpe après une cure chirurgicale pour STC le 01.02.2017.

Je reste à disposition pour rediscuter du diagnostic du TCC notamment de son degré en fonction des résultats des examens neuroradiologiques et neuropsychologiques proposés." ;

- un rapport d'ergothérapie du 17 juillet 2017 des ergothérapeutes V._____ et U._____, où il est écrit en particulier que le pourcentage d'utilisation de la main lésée (gauche) est de 92 % et la douleur cotée « en moyenne à 4/10 sur l'EVA (échelle visuelle analogique), au maximum à 6/10 et au minimum à 3/10 » ;

Le 22 novembre 2017, l'assuré a été examiné par le Dr Q._____. Dans son rapport d'examen final du même jour, le médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA a pris position comme suit :

"Appréciation

[...]

On retient des limitations fonctionnelles que l'on peut confirmer ici et qui sont : le port de charges répétées supérieures à 10 kg, les activités nécessitant des mouvements répétés du rachis cervical et le maintien prolongé de la nuque en extension ou en porte-à-faux. Dans une activité respectant ces limitations, l'assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail.

On ne voit pas la justification médicale de la prolongation du traitement de physiothérapie.

Les suites de l'accident du 18.07.2016 donnent droit à une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité]. En effet, le bilan radiologique montre une discopathie C6-C7 et la table 7 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, reconnaît pour des douleurs permanentes accentuées par les efforts, pour status après fracture, une IPAI de 5 à 10%. L'atteinte C6-C7 étant modérée, on attribue à l'assuré une IPAI de 5%."

Se fondant sur l'avis du Dr Q._____, la CNA a, par courrier du 29 novembre 2017, informé l'assuré de la fin de la prise en charge du traitement médical et du versement des indemnités journalières dès le 1^{er} février 2018. Elle l'a par ailleurs avisé de l'examen de son éventuel droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]) et de la prochaine communication du

montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité auquel celui-ci avait droit (art. 24 ss LAA).

De son côté, le Dr G. _____ a attesté d'une totale incapacité de travail au-delà du 1^{er} février 2018 dans une activité adaptée jusqu'à la stabilisation de l'état de santé psychologique (pièces 110, 113 et 125).

Selon une notice téléphonique du 8 février 2018, répondant à un questionnaire adressé les 12 octobre, 9 novembre et 11 décembre 2017, C. _____ SA a indiqué à la CNA que pour l'année 2017, l'assuré aurait été rémunéré à 25 fr. 85 de l'heure, auquel s'ajoutait 8,33 % à titre de 13^{ème} salaire. L'horaire de travail hebdomadaire étant de 40,5 heures (pièce 112).

Cinq descriptions de postes de travail (DPT), ont été versées au dossier de l'assuré. Il s'agissait d'une fonction de collaborateur de production sur machines automatiques (DPT no 362411 ; salaire moyen de 55'550 fr.), de collaborateur de production comme ouvrier (DPT no 597315 ; salaire moyen de 59'400 fr.), de collaborateur de production comme contrôleur (DPT no 595767 ; salaire moyen de 59'420 fr.), d'ouvrier de scierie comme empileur (DPT no 593892 ; salaire moyen de 60'247 fr.) et de collaborateur de production avec soudure Laser (DPT no 11576 ; salaire moyen de 60'450 fr.).

Par décision du 22 février 2018, la CNA a refusé le droit à une rente d'invalidité. Elle a exposé qu'en dépit des seules séquelles de l'accident, l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges répété supérieur à dix kilos, ainsi que les activités nécessitant des mouvements répétés du rachis cervical et le maintien prolongé de la nuque en extension ou en porte-à-faux. Une telle activité, exigible avec un horaire de travail complet en journée, lui permettait de réaliser un revenu mensuel de 4'917 francs. Comparé au gain de 4'915 fr. (13^{ème} salaire inclus) réalisable sans atteinte à la santé, il n'en résultait pas de perte économique. La CNA a également alloué à l'assuré une

indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % d'un montant de 7'410 fr. ([148'200 fr. x 5] / 100), versée le jour même.

Dans le cadre de l'opposition formée le 23 mars 2018 par son avocat Me Dario Barbosa, l'assuré a contesté la stabilisation de la situation médicale, concluant au versement d'indemnités journalières au-delà du 1^{er} février 2018. Subsidiativement, il a contesté disposer d'une capacité de travail résiduelle, estimant avoir droit à une rente d'invalidité, et plus subsidiativement, à une rente provisoire de l'assurance-accidents. Enfin, il a demandé le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité « d'un montant à fixer en cours d'instance, mais d'au moins 50% ». L'assuré a notamment produit les pièces suivantes :

- Un rapport du 16 novembre 2017 du Dr G. _____ au conseil de l'assuré, où il est écrit ce qui suit :

“Je donne suite à votre courrier du 15 novembre

1. Le patient a présenté une bonne évolution par rapport aux fractures vertébrales constatées par le CHUV lors de l'accident. Néanmoins, le patient présente un état de stress post-traumatique après l'accident et il a un manque de confiance dans ses capacités physiques accompagné d'une anxiété par rapport à sa réintégration et sa réorientation dans le marché du travail. Il existe encore des plaintes de type ostéo-musculaire qui pourraient être en lien indirect avec l'accident mais [elles] sont difficilement objectivables.
2. La situation médicale n'est pas stabilisée par raison d'une réaction anxio-dépressive par stress post-traumatique et d'un manque de conditionnement musculaire.
3. Pendant l'accident, selon la description du patient et à cause de l'accident.
4. Les lésions peuvent se considérer comme graves mais je ne pense pas qu'elles ont provoqué des séquelles graves. Si les lésions n'avaient pas été prise[s] en charge par le CHUV de manière précoce, dans un scénario théorique, [celles]-ci auraient pu être compliquées par une lésion de la moelle.” ;

- un rapport du 20 mars 2018 du Dr G. _____ à Me Dario Barbosa indiquant toujours constater un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive empêchant l'assuré de se projeter dans une activité sur le marché du travail. En lien avec l'accident, ce médecin estimait l'intéressé inapte à travailler dans des activités physiques lourdes ou modérées. A ses yeux, ce dernier n'était en outre plus apte à travailler

dans une activité adaptée jusqu'à la stabilisation de son état de santé psychologique. Selon le Dr G. _____, l'incapacité de travail de l'assuré était susceptible de se prolonger quelques mois ou des années en fonction de l'évolution de son état dépressif.

Par décision sur opposition du 28 mars 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 22 février 2018 de refus de rente d'invalidité et de versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

B. Par acte du 25 avril 2018, Z. _____, toujours représenté par Me Dario Barbosa, a recouru contre cette décision par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut à sa réforme en ce sens que la CNA soit condamnée à lui verser ses indemnités journalières tant que la situation médicale n'était pas stabilisée. Subsidiairement, il conclut à ce que la CNA soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité d'un montant à fixer en cours d'instance dès le 1^{er} février 2018 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant à fixer en cours d'instance mais d'au moins 50 %. Plus subsidiairement, il conclut au versement d'une rente transitoire d'un montant à fixer en cours d'instance dès le 1^{er} février 2018, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant à fixer en cours d'instance mais d'au moins 50 % ; plus subsidiairement encore, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Sur la forme, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que la CNA n'aurait pas pris position, dans sa décision, sur son droit à une rente transitoire au sens de l'art. 30 OLAA. Il lui reproche, sur le fond, de n'avoir pas instruit le dossier du point de vue psychique, considérant qu'il n'existait aucun lien de causalité adéquate entre cette atteinte à la santé et l'accident. Il conteste en particulier que son état de santé soit stabilisé à tout le moins du point de vue psychique et indique qu'au vu de l'accident qui se situe à tout le moins à la limite des accidents graves, le lien de causalité devait être admis. S'agissant du droit à la rente d'invalidité, le recourant prétend d'une part que sa capacité de travail n'est pas de 100 % dans une activité adaptée compte tenu de ses

problèmes de santé mais encore soutient que les DPT (descriptions de postes de travail) retenues par la CNA ne sont pas adaptées aux limitations fonctionnelles. Il conteste également le revenu sans invalidité retenu par la CNA, alléguant que ce dernier a été établi sur la base d'un calcul erroné. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité il prétend que cette dernière, dans la mesure où les troubles psychiques du recourant sont admis, doit être comprise entre 20 et 50 % au minimum. Me Barbosa a requis en outre l'octroi de l'assistance judiciaire et sa désignation comme avocat d'office. A l'appui de son recours, il a produit un certificat médical du Dr G. _____ qui atteste sa totale incapacité de travail, du 1^{er} au 30 avril 2018, et la copie de ses contrats de mission des 26 mai 2015 et 14 janvier 2016 avec la société C. _____ SA, dont il ressort qu'au salaire horaire de 25 fr. 85 pour une moyenne de travail hebdomadaire de 40,5 heures pour la mission débutant le 11 janvier 2016, s'ajoutaient en sus de 8,33 % pour le 13^{ème} salaire, des indemnités de 13 % et 3,17 % pour les vacances et jours fériés.

Le 1^{er} mai 2018, la juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant sous forme d'exonération des frais judiciaires et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Barbosa.

Dans sa réponse du 4 juin 2018, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle allègue que le grief d'une violation du droit d'être entendu doit être rejeté s'agissant du droit à l'obtention d'une rente transitoire. En effet, l'intimée considère que le recourant ne subissant aucune perte de gain du fait de l'accident, sans qu'une mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité ne soit menée, elle pouvait nier son droit à une rente d'invalidité tant ordinaire que transitoire. S'agissant de la causalité adéquate avec les troubles psychiques, la CNA considère qu'elle doit être niée. Concernant la stabilisation de l'état de santé du recourant, sur la base des seules atteintes somatiques, le médecin-conseil de la CNA l'établissait en novembre 2017. Quant au droit à la rente, la CNA considère que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 100 %.

Elle nie en particulier tout atteinte invalidante au poignet gauche, considère qu'il ne faut pas retenir de limitations fonctionnelles s'agissant de ses troubles de l'équilibre, ceux-ci s'étant améliorés à l'issue du séjour à la CRR. Elle produit deux DPT supplémentaires, soit une fonction de collaborateur de production comme conducteur de palan (DPT no 5825 ; salaire moyen de 59'400 fr.) et une fonction de façonneur de lumières (DPT no 3724 ; salaire moyen de 60'450 fr.), permettant de confirmer le revenu d'invalidé de 59'013 francs. Elle demande, enfin, confirmation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

Par ordonnance du 13 juin 2018, la juge instructrice a rejeté la requête de l'effet suspensif au recours.

Le 4 juillet 2018, en réplique, le recourant renonce à déposer des déterminations complémentaires et requiert que soit ordonnée une expertise judiciaire pour établir les conséquences psychiques de l'accident.

Dans sa duplique du 26 juillet 2018, la CNA confirme qu'elle n'avait pas à instruire plus avant la problématique psychique, le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident faisant défaut ; elle ajoute que conformément à la jurisprudence, s'il n'existe aucune causalité adéquate, l'administration n'a pas à instruire la causalité naturelle, rendant l'expertise judiciaire sans fondement. Ce faisant, l'intimée confirme le rejet du recours.

Le 3 septembre 2018, le recourant a encore motivé sa requête d'expertise psychiatrique judiciaire.

Par ordonnance du 28 février 2019, la juge instructrice a rejeté la requête d'expertise judiciaire du recourant et informé les parties qu'un jugement leur serait notifié.

Le 15 mars 2019, Me Barbosa a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

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 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 du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. **a)** Le litige porte sur la stabilisation de l'état de santé du recourant, respectivement sur son droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2018, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5 % retenu par l'intimée étant également contesté.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. Le recourant se plaint d'abord d'une violation de son droit d'être entendu dans le cadre de la procédure administrative, la CNA ayant omis de se prononcer sur la question du droit à une rente transitoire.

a) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

b) S'il est vrai que la décision attaquée a été rendue rapidement après le dépôt de l'opposition, le vice, s'il devait y en avoir un, a cependant pu être réparé au cours de la présente procédure, lors de laquelle le recourant a pu s'exprimer sans limite. S'agissant du reproche fait à l'autorité de ne pas s'être prononcée sur la rente transitoire, outre qu'il entre en contradiction avec le fait que le recourant conteste la stabilisation de son état de santé, il est mal fondé. En effet, dans la mesure où l'intimée a refusé le droit à la rente ordinaire, considérant que le recourant disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée simple, il ne pouvait se voir octroyer une rente provisoire, en l'absence de surcroît de toute mesure de réadaptation prévue par l'assurance-invalidité.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2).

c) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, le recourant qui fait état d'une problématique psychique en lien avec l'accident, reproche à l'assureur de ne pas avoir instruit à ce sujet. S'il est exact que le médecin traitant évoque un état de stress post traumatique dans son rapport du 16 novembre 2017 puis un trouble de l'adaptation, avec réaction mixte et dépressive, dans celui du 20 mars 2018, qui empêcherait son patient de se projeter dans une activité sur le marché du travail, il convient de relever qu'outre le fait qu'il est le médecin traitant, le Dr G. _____ n'est pas psychiatre. Certes à la CRR les médecins ont noté la thymie abaissée de l'assuré, sans pour autant retenir un quelconque diagnostic du point de vue psychiatrique. Dans ces conditions, à l'exception du seul avis du médecin traitant, aucun élément ni indice au dossier ne permet de retenir une problématique psychique en lien avec l'accident assuré. Ainsi, rien en tout état de cause ne permet de penser que cet aspect a été sous-estimé, au point qu'il se justifierait de mettre en œuvre une expertise.

A plus forte raison encore que le caractère accidentel d'une éventuelle atteinte psychique comme apprécié par la CNA n'est pas critiquable, compte tenu du fait que la causalité adéquate devra être niée, comme on le verra ci-après.

b) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories,

en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

c) En l'occurrence, alors qu'il ferrailait au sol, le recourant qui portait son casque a reçu du béton sur la tête puis sur l'épaule et le

poignet gauche. Il a séjourné au CHUV dans le département des neurosciences du 18 au 26 juillet 2016, date de son retour à domicile. Lors de son séjour, une fracture non déplacée de la lame gauche de C6, du pédicule articulaire de C7 et du processus transverse gauche C7, ainsi qu'une lacération conjonctivale superficielle de l'œil gauche ont été diagnostiquées.

L'accident du 18 juillet 2016, s'il n'est pas anodin, ne peut être qualifié de particulièrement dramatique ou impressionnant et doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à l'instar de ce qu'a retenu l'intimée. On ne saurait pas non plus qualifier de particulièrement graves les atteintes physiques dont les suites immédiates ont été relativement simples. Ces lésions, pas plus que celles du poignet gauche ne sauraient être considérées selon l'expérience, comme étant propres à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical qui se résume au port d'une minerve thermoformée durant trois mois après un séjour hospitalier d'une dizaine de jours, une intervention au niveau du poignet gauche pour cure du tunnel carpien, de la physiothérapie et la prise d'AINS, n'a pas été anormalement long, ni n'a, au demeurant, été entaché d'erreurs médicales entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. De même, il n'a été observé objectivement, aucune difficulté ou complications importantes au cours de la guérison et si l'incapacité de travail dans l'activité habituelle du recourant a persisté, telle n'était pas le cas dans une activité adaptée.

A cet égard, on relèvera que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de qualifier de gravité moyenne *stricto sensu* le cas d'un assuré ayant reçu un sac de vingt-cinq kilos sur le dos tombé d'une hauteur de treize à quinze mètres, avec perte de connaissance durant quinze minutes, fracture de l'apophyse transverse et contusions du thorax et à la colonne, nécessitant son hospitalisation durant trois semaines (cf. SJ 1995 p. 608). On ne peut à cet égard considérer que l'accident du 18 juillet 2016 dont a été victime le recourant a eu des conséquences objectivement plus graves que celui de l'assuré évoqué dans la jurisprudence précitée.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a nié le lien de causalité des troubles psychiques du recourant avec l'accident et refusé la prise en charge des suites en lien avec ces troubles.

d) Du point de vue somatique, il ressort du dossier que l'atteinte orthopédique au rachis cervical du recourant était en voie d'amélioration et de stabilisation lors de son passage à la CRR. Les limitations fonctionnelles listées de manière provisoire par les médecins de la CRR, comme la stabilisation médicale attendue pour l'automne 2017 ont été confirmées par la suite par le Dr Q. _____ dans son examen final du 22 novembre 2017. Ainsi, à l'exception de la prolongation du traitement de physiothérapie pour des raisons de confort (à but principal de décontraction), couplé aux AINS, visant à endiguer les douleurs, il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant. S'agissant de la libération du nerf médian au poignet gauche pour un syndrome de tunnel carpien réalisée en février 2017, l'évolution était jugée favorable par le Dr D. _____ le 25 avril 2017, ce que confirmait l'ENMG du 26 juin 2017. L'importante imagerie médicale réalisée, comme les différentes prises en charge durant le séjour à la CRR s'avèrent également rassurantes, tout comme, les examens des spécialistes de la CRR sur les plans neurologique et neuropsychologique.

Ce constat favorable a au demeurant globalement été confirmé par les rapports du 16 novembre 2017 et du 20 mars 2018 du Dr G. _____, qui font état d'une bonne évolution par rapport aux fractures vertébrales constatées par le CHUV, les lésions n'ayant selon lui pas provoqué de séquelles graves, grâce en partie à leur prise en charge précoce. Au demeurant, les plaintes ostéo-musculaires encore en lien avec l'accident étaient difficilement objectivables de sorte que l'absence de stabilisation de l'état de santé se rapportait essentiellement à l'aspect psychique.

Ainsi, il ne peut être fait grief à la CNA d'avoir mis un terme à la prise en charge des frais médicaux et des indemnités journalières au 1^{er}

février 2018 et considéré que l'état de santé stabilisé justifiait dès cette date l'examen du droit à la rente.

6. a) Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité 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 - 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.

En l'occurrence, la stabilisation du cas ouvre le droit du recourant à l'examen de l'octroi d'une rente d'invalidité, pour autant que son degré d'invalidité soit au moins de 10 %. Il s'agit dès lors de procéder au calcul du préjudice économique et du degré d'invalidité.

b) Tous les médecins s'entendent sur le fait que le recourant est dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle dans le bâtiment en raison de son état de santé. En revanche, si ce n'est le médecin traitant qui admet une incapacité de travail totale en raison de son état psychique, les médecins considèrent que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le médecin traitant lui-même ne nie pas une capacité de travail d'un point de vue somatique reliant son incapacité de travail à l'évolution de son état dépressif. Il ne remet au demeurant pas en question l'évaluation faite par le médecin d'arrondissement de la CNA. On retiendra en conséquence une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

7. 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 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. 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_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).

En l'espèce, la CNA a calculé le revenu du recourant sans invalidité en tenant compte du salaire communiqué par l'employeur C._____ SA lors de l'entretien téléphonique du 8 février 2018 qu'il a eu avec l'intimée (25 fr. 85 de l'heure + 8.33% de 13^{ème} salaire, le tout à raison de 40.5 heures de travail par semaine). Le recourant soutient pour sa part que son revenu hypothétique sans invalidité, devait être calculé sur un salaire horaire de 32 fr. 65 pour 42.5 heures de travail par semaine. L'examen du contrat de travail conclu en janvier 2016 et les déclarations de l'employeur lors du téléphone du 8 février 2018 avec la CNA permettent d'admettre en 2016 et 2017 un salaire horaire de base identique. Certes la collaboratrice de C._____ SA n'a pas mentionné le supplément de salaire relatif aux vacances et jours fériés (13 % et 3.17 %), lors de son téléphone, mais il n'existe cependant aucun élément ou indice permettant d'admettre qu'une modification du contrat de travail aurait eu lieu en 2017 sur ce point. Il s'agit plus vraisemblablement d'un oubli de la part de l'interlocutrice de C._____ SA. En revanche, il n'existe pas plus d'indice permettant de considérer que le nombre d'heures de travail par semaine serait supérieur à celui de 40.5. En effet, alors que la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse prévoit que la durée hebdomadaire du travail est en règle générale de 37,5 heures hebdomadaires au minimum et 45 heures hebdomadaires au

maximum, le contrat de travail figurant au dossier fait état de 40.5 heures de travail hebdomadaire. Le salaire déterminant pour l'année 2017 est donc de 59'306 fr. (ou $32 \text{ fr. } 65 \times 40.5 \times 44.85$).

b) 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 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) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

En l'occurrence, le recourant conteste le choix des DPT pour calculer le revenu d'invalidé. Il nie que son état de santé lui permette d'assumer un seul des postes de travail, tels que figurant dans les cinq DPT retenues par la CNA. Ce faisant il critique les cinq DPT prises en considération par l'intimée, dont le revenu mensuel moyen est de 59'013 fr. Il estime que ces dernières ne sont pas adaptées à ses limitations fonctionnelles qu'il considère plus importantes, notamment s'agissant du poignet gauche et des pertes d'équilibre que celles retenues par le Dr Q._____, sans pour autant en apporter la preuve. Pourtant lors du séjour à la CRR, il a été noté une utilisation de la main gauche de 92 % et lors d'un ENMG du membre supérieur gauche il a été mis en évidence la normalisation des valeurs de conduction du nerf médian à la suite de la cure chirurgicale (cf. le rapport d'examen final du 22 novembre 2017 du Dr Q._____, p. 6). Il n'y a ainsi aucun motif de retenir des limitations fonctionnelles supplémentaires pour le poignet gauche sur la base de ses seules allégations. En ce qui concerne ses troubles de l'équilibre, malgré une chute durant le séjour, le recourant a décrit, à son entrée à la CRR, un bon équilibre globalement. En outre, après discussion avec sa physiothérapeute, aucune prise en charge spécifique n'a été effectuée. Au terme du séjour, le recourant a d'ailleurs perçu une amélioration de l'équilibre à la marche et des sensations vertigineuses. Dans ces

circonstances, il ne se justifie donc pas de retenir des limitations supplémentaires sur cet aspect.

En l'espèce, les cinq DPT auxquelles la CNA fait référence - à savoir, les postes de « collaborateur de production » (DPT 362411, 597315, 595767 et 11576) et d'« ouvrier de scierie » (DPT 593892) -, comme d'ailleurs les deux supplémentaires produites au cours de la présente procédure, sont toutes des activités du domaine de l'industrie légère qui n'impliquent pas le port de charges répétées supérieures à dix kilos, des mouvements répétés du rachis cervical en flexion-extension ou le maintien prolongé de la nuque en extension et s'exercent soit principalement en position assise ou permettent l'alternance des positions. Ces activités respectent ainsi les limitations retenues par le Dr Q._____.

c) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 59'306 fr. avec un revenu d'invalidé de 59'013 fr. aboutit à un degré d'invalidité inférieur à 10 %, taux qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

L'intimée a fait application en l'occurrence de la méthode d'évaluation basée sur les DPT laquelle laisse apparaître une perte de 0.49 % excluant le droit à la rente.

Cela étant, en se fondant sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), le résultat n'est pas différent.

Compte tenu du fait que l'assuré n'a pas de formation professionnelle et n'a plus retravaillé depuis l'été 2016, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, soit 5'340 fr. par mois en 2016 (Enquête sur la structure des salaires 2016, TA1 [NOGA08]). Après adaptation de ce montant à l'horaire usuel dans les entreprises en 2016 (41,7 heures ; site OFS [Office Fédéral

de la Statistique] T03.02.03.01.04.01), on obtient un revenu annuel d'invalidé de 66'803 fr. pour 2016. Ce montant doit encore être adapté eu égard à l'évolution moyenne des salaires de 2016 à 2017 (+ 0.4 % ; site de l'OFS T39), ce qui donne un revenu (2017) de 67'070 francs.

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction qui dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

En l'espèce et même en retenant un taux d'abattement de 5 à 15 % - taux qui tient largement compte de l'ensemble des circonstances -, le taux d'invalidité ne serait que de 3.87 % ($(\{57'009 \text{ fr. } 50 - 59'306 \text{ fr. } \} / 59'306 \text{ fr.}) \times 100$).

d) Compte tenu de ce qui précède, que l'on utilise l'une ou l'autre méthode, le recourant présente un taux d'invalidité inférieur à 10 % permettant l'octroi d'une rente d'invalidité LAA. La décision querellée ne s'avère dès lors pas critiquable sur ce point.

8. Le recourant reproche enfin à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle il a droit. Il prétend à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 50 %.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) En l'occurrence, les examens radiographiques pratiqués lors du séjour à la CRR ont mis en évidence une discopathie C6-C7. Il convient par ailleurs de constater que l'intensité des douleurs fonctionnelles a été cotée en moyenne à 4/10, au maximum à 6/10 et au minimum à 3/10 (cf. le rapport d'ergothérapie du 17 juillet 2017, p. 2). Selon la Table 7 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale), en présence de douleurs permanentes accentuées par les efforts, pour status après fracture, le DrQ._____ a estimé que l'atteinte C6-C7 étant modérée, elle donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5 %. En se basant sur l'estimation de son médecin d'arrondissement, la CNA n'a nullement abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant que le recourant pouvait prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 5 %. Il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision attaquée sur ce point.

Au demeurant, le recourant ne produit aucun rapport qui permettrait de douter de cette estimation.

A cela s'ajoute que cette estimation n'exclut *a priori* pas une indemnité complémentaire si, à l'avenir, l'atteinte venait à s'aggraver de façon importante et durable (art. 36 al. 4 OLAA).

9. Le dossier est en conséquence complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause sur ses aspects médicaux. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise médicale judiciaire formulée en ce sens par le recourant le 4 juillet 2018 doit dès lors être rejetée (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc).

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

10. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni d'allouer de dépens compte tenu de l'issue de la procédure.

b) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Dario Barbosa. Sur la base de la liste des opérations produite le 15 mars 2019, il convient d'arrêter à 3'195 fr. l'indemnité de Me Barbosa, correspondant à 17 heures et 45 minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 3'441 francs.

A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 172 fr. 05.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 3'613 fr. 05 (3'441fr. + 172 fr. 05).

c) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 28 mars 2018 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 Dario Barbosa est arrêtée à 3'613 fr. 05 (trois mille six cent treize francs et cinq centimes), TVA comprise.
- 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 d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Dario Barbosa (pour Z. _____),
- 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 :