

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juin 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Nuno Manuel Dos Santos Domingos Aeby,

et

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

Art. 49 al. 3 LPGA ; art. 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), était employé jusqu'au 31 décembre 2017 comme maçon pour le compte de S._____ Sàrl. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon le contrat de mission établi le 27 février 2017, le salaire horaire de base de l'assuré était de 29 fr. 53, respectivement de 37 fr. 30 bruts avec les vacances (13 %), indemnités pour jours fériés (3.17 %) et treizième salaire (8,33 %).

Le 29 mai 2017, l'assuré est tombé d'un « dumper » et s'est blessé à la tête et au dos. Il a été transporté le même jour au Service des urgences du Centre hospitalier R._____, où il a séjourné jusqu'au 9 juin 2017. Un CT-Scanner cérébro-cervical et abdominal a été effectué, qui a mis en évidence une fracture tassement de D12, sans recul du mur postérieur, ainsi que l'absence de lésion traumatique cérébro-cervicale (cf. rapport du 29 mai 2017). Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du rachis dorsolombaire a également conduit à retenir une fracture de L12 de type Chance trans-osseuse, sans discontinuité de l'appareil ligamentaire, sans lésion sous-jacente suspecte, sans myélopathie (cf. rapport du 1^{er} juin 2017).

Le 3 juin 2017, l'assuré a subi une fixation spondylodèse postérieure avec vis pédiculaire de D11 à L1 dans le cadre d'une fracture de type B2. Le scanner de la colonne dorsolombaire effectué à la suite de cette opération a permis de constater un emplacement transpédiculaire des vis de spondylodèse D11-L1.

Dans leur rapport de sortie du 19 juillet 2017, les Drs W._____ et Z._____, médecins assistants à l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier R._____, ont diagnostiqué une fracture tassement

de D12 de type B2 selon AO spine, avec comme antécédents/comorbidités un diabète de type II non insulino-requérant, la goutte, et « S/p fractures lombaires ». Ils ont précisé que le patient, lors de l'accident, avait été éjecté d'une hauteur de 2.5 mètres alors qu'il travaillait sur une machine de chantier, avec réception sur l'occiput. L'intervention du 3 juin 2017 s'était déroulée sans complication, et les suites étaient simples, les imageries de contrôle post-opératoires montrant un bon alignement de la colonne et des vis en place.

Dans son rapport du 11 septembre 2017, le Dr N._____, spécialiste en neurochirurgie, a relevé qu'actuellement, le patient n'avait pas de plainte particulière, avec quelques douleurs légères parfois, lors de la mobilisation. L'évolution était tout à fait favorable, les radiographies du jour étaient sans particularité, et il était prévu que le Dr N._____ revoie l'assuré le 19 octobre 2017 pour refaire le point sur la situation.

A la suite de la radiographie de la colonne lombaire du 29 novembre 2017, le Dr P._____, spécialiste en radiologie, a conclu en ces termes son rapport du 30 novembre 2017 :

« Spondylodèse par vis transpédiculaire étagée D12-L2 avec tassement cunéiforme de grade Genant 2 D12 et L1.
Spondylarthrose pincée étagée L4-S1 avec discret antélisthésis de grade I de L4 ainsi que de LS. »

Le 19 janvier 2018, le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie, a fait savoir au médecin traitant, le Dr C._____, que l'assuré présentait des lombalgies chroniques post traumatisme sur tassements vertébraux et spondylodèse. Il a encore noté que le patient se plaignait de lombalgies hautes et que malgré un spondylodèse, il y avait une persistance d'une symptomatologie douloureuse. Le Dr V._____ a suggéré que les radiographies soient refaites en dynamique pour exclure une éventuelle instabilité du spondylodèse. Il a encore observé qu'au vu de l'opération subie, il serait peu probable que l'assuré puisse reprendre son activité professionnelle de maçon.

Dans son rapport du 14 février 2018, le Dr N. _____ a relevé ce qui suit :

« **Status**

Examen neurologique dans la norme.

Examens complémentaires

Radiographies dorso-lombaires du 03.11.2017 : comparativement aux premières radiographies effectuées avant la chirurgie le 29.05.2017, je ne note pas d'accentuation de l'angle de Cobb ni d'accentuation du tassement vertébral, ni au niveau D12 ni au niveau D11. Matériel d'ostéosynthèse en place.

Conclusions, traitement et évolution

T. _____ présente donc une évolution qui me semble favorable, avec persistance de douleurs dorsales résiduelles. Nous avons évoqué la possibilité d'une accentuation d'une fracture au niveau de D11, mais après révisualisation des images, il me semble qu'il s'agissait d'un problème de vue sur la dernière radiographie qui n'était pas effectuée dans la même position qu'au préalable et qui semblait accentuée la fracture. Par ailleurs, l'IRM montrait une suspicion de fracture de D11, qui était déjà présente sur la première IRM effectuée lors de l'hospitalisation et qui avait été décrite comme une ancienne fracture par nos collègues de radiologie.

De ce point de vue, je vais rediscuter en détail du dossier de T. _____ avec le Dr W. _____ ainsi que les radiologues, ceci afin de refaire le point sur la situation et de décider de la suite de la prise en charge. Il me semble qu'actuellement il n'y a pas d'indication d'une prise en charge particulière sur le plan d'une nouvelle chirurgie, comme il a pu être évoqué au vu de ces nouvelles imageries effectuées ce jour. A mon avis, sur le plan professionnel, le patient ne semble pas pouvoir reprendre son travail. Je lui prescris donc un arrêt de travail jusqu'à la fin de l'année.

Le patient est actuellement suivi par la SUVA pour la suite de la prise en charge. Je leur laisse le soin de voir si une reconversion professionnelle semble utile. Dans tous les cas le patient recommencera son travail au début de l'année afin de voir si cela est possible ou non. »

L'assuré a été examiné le 22 mai 2018 par la Dre J. _____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Dans son rapport du 23 mai 2018, elle a posé les diagnostics de status après traumatisme crânien avec perte de connaissance et/ou amnésie ayant entraîné également une fracture-tassement de D12 de type B2 selon AO Spin, associée à une fracture de L1, et de status après fixation par spondylodèse postérieure avec vis pédiculaire de D11 à L1 le 3 juin 2017. La Dre J. _____ a fait l'appréciation suivante du cas :

« **Appréciation**

Il s'agit d'un assuré âgé de 51 ans, dont les antécédents sont décrits ci-dessus et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

L'assuré ne sait ni lire ni écrire, il est originaire du Portugal et a toujours travaillé comme maçon.

Subjectivement, l'assuré mentionne la persistance de douleurs essentiellement d'allure mécanique et aux efforts (mouvements de rotation du tronc, flexion du tronc, ports de charges de plus de 5 à 10 kg) avec des douleurs également plus importantes le matin au réveil et un déverrouillage matinal de 30 minutes.

Objectivement, le status est rassurant. La mobilité est bien conservée au niveau du rachis, l'assuré ne présente pas de trouble sensitif ou moteur.

Les douleurs matinales peuvent être interprétées par la présence d'une spondylarthrose pluri-étagée de L4 à S1 avec discret antélisthésis de grade I de L4 ainsi que de L5, mais également avec une discarthrose de D11 et D12 ainsi qu'un angle de cyphose aux vertèbres adjacentes de 6° et une perte de hauteur du mur antérieur de L1 d'environ 35 % et du mur antérieur de D12 de 30 %.

Sur le plan médical, la situation est stabilisée. Nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes :

- L'assuré peut exercer une activité sédentaire à semi-sédentaire s'exerçant plutôt en position assise avec alternance des positions assises et debout.
- Il ne peut pas avoir des positions statiques prolongées debout,
- Pas de port de charges supérieures à 5 kg,
- Pas de positions à genoux ou accroupies.

L'activité de maçon n'est plus une activité exigible. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière, sans diminution de rendement. »

La Dre J. _____ a par ailleurs estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (ci-après : IPAI) à 7,5 %.

Le 1^{er} juin 2018, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettait un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières au 30 juin 2018 et allait examiner le droit à d'autres prestations.

Par décision du 9 juillet 2018, la CNA a refusé le droit à la rente à l'assuré, dans la mesure où sa perte économique était nettement inférieure au seuil de 10 % ouvrant le droit à une telle prestation. Une IPAI de 7,5 %, correspondant à un montant de 11'115 fr., lui a été versée.

Selon les certificats établis par le Dr C._____, l'assuré était en incapacité totale de travailler du 1^{er} avril au 30 novembre 2018 (cf. certificats médicaux des 12 mars, 19 avril 24 mai, 5 juillet et 3 septembre 2018).

Le 4 août 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a notamment joint une attestation du 18 juillet 2018 du Dr C._____, qui a posé les diagnostics de fracture D12 postérieur et instable après accident de travail, fixation sur place du D11 à L1, de diabète type II, d'hypertension artérielle, d'arthrose, de possible goutte et de maladie de Baastrup étagée L4-S1. Le médecin traitant a encore relevé ce qui suit [sic] :

« Le patient sus-nommé a souffert d'un accident de travail le 29/05/2017. Maçon de profession il a été éjecté par une machine d'une hauteur de 2.5 m avec une réception sur le crâne et le dos. La chute a provoqué un traumatisme crâneo-encéphalique avec perte de connaissance et une fracture instable de la vertèbre D12. Une intervention chirurgicale a eu lieu au service de chirurgie spinale du Centre hospitalier R._____ avec une fixation permanent de D11 à L1.

L'activité professionnelle de maçon n'est plus possible avec une fixation permanente sur une fracture instable et le port de charges est interdit sur le risque de déplacement de la fixation et atteint spinal avec une possible complication de type neurologique, a craint une paraplégie.

Le patient d'origine portugais ne maîtrise pas la langue française et il n'a pas une instruction particulière qu'il puisse faire valoir dans un marché de travail équilibré.

Une ré-orientation professionnelle me semble longue et difficile vu que le patient présente de douleurs lombaires en station assise prolongée (plus de 2 h.). »

Par décision sur opposition du 19 septembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a procédé à un nouveau choix de descriptions de postes de travail (ci-après : DPT), au motif que l'une d'entre elles, soit celle référencée sous DPT n° 1074228 (ouvrier d'horlogerie), exigeait des connaissances en français, que l'assuré avait exposé ne pas détenir. Les DPT choisies, référencées sous n° 595767 (collaborateur de production), 2260 (collaborateur de production), 11576 (collaborateur de production), 18133072 (collaborateur de production) et 8452 (fabricant d'instruments de mesure), ne nécessitaient aucune

formation particulière, mais uniquement une brève mise au courant. La comparaison entre le revenu exigible de 61'219 fr. par an sur la base des DPT, et le gain de valide de 67'368 fr., laissait apparaître une perte de gain de 9.12 %, arrondi à 9 %, soit un taux inférieur au minimum légal de 10 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte daté du 20 octobre 2018, envoyé le 21 octobre 2018, T._____, représenté par Nuno Manuel Dos Santos Domingos Aeby, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-accidents. Il a fait valoir que la décision était insuffisamment motivée, dans la mesure où elle se limitait à énoncer des considérations générales. Dans un autre moyen, il a soutenu qu'il y avait lieu de tenir compte de son âge, de sa formation professionnelle et de « ses talents personnels (entre autres) » pour déterminer le champ d'activités possibles. Il a par ailleurs déploré que la CNA ne décrive pas les DPT, ni n'explique pour quelles raisons les postes en question étaient adaptés à son état, alors que son médecin traitant avait établi une incapacité de travail à 100%. Il a encore fait valoir que les domaines visés par les DPT étaient totalement divergents, alors qu'il n'avait aucune expérience de collaborateur de production et n'avait jamais travaillé dans l'industrie, estimant que « fabricant d'instruments de mesure » était une activité complexe exigeant au moins des notions de lecture dans une langue, alors qu'il ne parvenait même pas à lire le portugais. Il a ajouté qu'il était très peu probable qu'une courte formation lui permette d'améliorer l'acquisition de ses compétences cognitives, plaidant derechef ne pas avoir les aptitudes de poursuivre même une petite formation de quelques jours dans le secteur industriel, en raison de sa méconnaissance du français. Il a ainsi soutenu qu'il lui serait impossible de s'intégrer sur le marché du travail industriel, déplorant in fine que la décision attaquée n'ait pas pris en compte la globalité de ses symptômes (analphabétisme, impossibilité de rester assis plus de deux heures d'affilée, etc.). Avec son écriture, le recourant a produit le rapport du 19 janvier 2018 du Dr V._____ qui figure déjà au dossier de la CNA.

Dans sa réponse du 6 février 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité.

C. Le dossier AI du recourant a été produit le 5 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité sur le canton de Vaud (ci-après : OAI), et les parties invitées à venir le consulter et déposer leurs éventuelles déterminations à son sujet.

Ce dossier comporte en particulier les éléments suivants :

- un rapport du 11 février 2018 du Dr N. _____ du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier R. _____, qui a constaté que l'examen neurologique était dans la norme, et que le patient présentait une évolution favorable, avec persistance de douleurs dorsales résiduelles, qu'il n'y avait actuellement toutefois pas d'indication à une prise en charge particulière sur le plan d'une nouvelle chirurgie, que sur le plan professionnel, le patient ne semblait pas pouvoir reprendre son travail, un arrêt lui étant prescrit jusqu'à la fin de l'année ;

- une décision de refus de rente d'invalidité du 28 janvier 2019, au motif qu'après comparaison du revenu sans invalidité, de 67'631 fr. 82, et avec invalidité (de 67'338 fr. 90, avec abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge, soit un revenu de 60'605 fr. 01), il en résultait un degré d'invalidité de 10.39%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

E n d r o i t :

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

assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Celui-ci ne prend aucune conclusion sur le droit aux indemnités journalières, et ne formule pas davantage de conclusions sur la prise en charge d'un éventuel traitement médical. L'IPAI n'est pas non plus contestée.

3. Le recourant reproche à l'intimée une absence de motivation suffisante de la décision attaquée. Il s'agit d'un moyen d'ordre formel, qu'il convient dès lors d'examiner en premier lieu.

a) L'obligation de l'assureur de motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties découle de l'art. 49 al. 3 LPGA. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même

si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2).

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).

b) En l'occurrence, les arguments que le recourant fait valoir ne permettent pas de retenir qu'il aurait été empêché de contester valablement la décision attaquée en raison d'un défaut de motivation. L'autorité intimée ne s'est en particulier pas contentée de « considérations générales et abstraites », mais a pris position sur les arguments du recourant, et a exposé les raisons pour lesquelles elle a estimé qu'il n'y avait pas lieu de lui allouer une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Dans sa décision sur opposition du 19 septembre 2018, elle a ainsi en particulier choisi de nouvelles DPT, afin de ne pas en intégrer qui exigeraient des connaissances du français, respectivement demanderaient une formation spécifique.

Le recourant n'a au demeurant pas été privé de faire valoir ses arguments dans le cadre de la procédure de recours auprès de la Cour de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen.

En réalité, les griefs formulés par le recourant se confondent avec celui de violation du droit et doivent être examinés avec le fond du litige.

Quant au grief tiré du défaut de motivation, il est mal fondé.

4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

b) L'art. 8 al. 1 LPGGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA).

5. a) Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

6. En l'espèce, le recourant a été victime le 29 mai 2017 d'un accident, lors duquel il a chuté d'un engin de chantier, d'une hauteur de 2.5 mètres, avec réception sur la tête et sur le dos. Transporté le même jour au Centre hospitalier R._____, une fracture-tassement D12 a été mise en évidence, ainsi qu'une fracture de L12. Le 3 juin 2017, une spondylodèse a été pratiquée (D11 à L1). L'évolution a été globalement favorable, mais le recourant a persisté à présenter des douleurs dorsales résiduelles.

Le 22 mai 2018, à près d'une année de l'événement accidentel, le recourant a été examiné par la Dre J._____, médecin d'arrondissement. Cette dernière a posé les diagnostics de status après

traumatisme crânien avec perte de connaissance et/ou amnésie ayant entraîné également une fracture-tassement de D12 de type B2 selon AO Spin, associée à une fracture de L1, et de status après fixation par spondylodèse postérieure avec vis pédiculaire de D11 à L1, et constaté que l'état était stabilisé. Aucun des médecins ne remet en question la stabilisation de l'état du recourant et celui-ci ne soutient pas que son état ne serait pas stabilisé. Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimée a procédé à l'examen du droit à la rente.

A cet égard, aucun élément médical ne vient contredire l'appréciation de la Dre J._____. Il n'est en particulier pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon. Ainsi, le rapport du 19 janvier 2018 du Dr V._____ - au demeurant antérieur à l'appréciation de la Dre J._____ - ne permet pas de la remettre en cause : ce médecin relève en effet que la reprise de l'activité habituelle de maçon n'est que peu probable. Le Dr V._____ évoquait encore dans son rapport de janvier 2018 que le recourant serait prochainement adressé au Centre hospitalier R._____ pour une nouvelle évaluation chirurgicale. Toutefois, le Dr N._____ du Centre hospitalier R._____, dans son rapport du 11 février 2018, a noté qu'il n'y avait pas d'indication à une prise en charge particulière sur le plan d'une nouvelle chirurgie. Ce médecin a en outre constaté que l'examen neurologique était dans la norme, et que le patient présentait une évolution favorable, relevant certes la persistance de douleurs dorsales résiduelles. Comme le Dr V._____ et la Dre J._____, le Dr N._____ a également estimé que le patient ne serait pas en mesure de reprendre son activité professionnelle et a suggéré une reconversion.

La Dre J._____ a détaillé les limitations fonctionnelles du recourant, à savoir une activité sédentaire à semi-sédentaire s'exerçant plutôt en position assise avec alternance des positions assises et debout, sans positions statiques prolongées debout, ni port de charges supérieures à 5 kg, ni positions à genoux ou accroupies. Cela étant, la Dre J._____ a relevé qu'objectivement, le status était rassurant, avec une mobilité bien conservée au niveau du rachis, sans trouble sensitif ni moteur. La médecin

d'arrondissement a toutefois noté au plan subjectif la persistance de douleurs, essentiellement d'allure mécanique et aux efforts. Elle a par ailleurs expliqué pourquoi il y avait des douleurs au déverrouillage matinal. Finalement, l'appréciation de la Dre J._____ est claire et convaincante, et ses observations correspondent aux renseignements figurant au dossier, notamment aux éléments radiologiques. Son appréciation rejoint celle des autres médecins, et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, en tenant également compte des plaintes de l'intéressé. Ses constatations doivent dès lors être considérées comme probantes.

Le fait que le Dr C._____, médecin traitant, ait établi, sans motivation, des certificats d'incapacité de travail, ne permet en particulier pas de remettre en cause l'appréciation probante de la Dre J._____. Dans son rapport du 18 juillet 2018, le Dr C._____ n'a au demeurant pas dit que l'incapacité de travail de son patient était totale dans toute activité, mais noté que celle de maçon ne pouvait pas être poursuivie, ce qui n'est pas contesté. Il a en outre fait état de diagnostics qui sont sans lien avec l'événement accidentel, comme le diabète de type II, l'hypertension artérielle, l'arthrose, ou encore la possible goutte. Il a pour le surplus mis en évidence l'absence de maîtrise de la langue français, et l'absence d'instruction particulière, qui, comme on le verra ci-après (cf. consid. 7e *infra*) ne font pas obstacle à l'exercice d'une activité à temps plein dans les postes retenus dans les DPT.

On peut ainsi conclure que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que décrites ci-dessus.

7. Il convient d'examiner le préjudice économique subi par l'intéressé.

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_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

b) Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail ; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré.

Lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sur la base de valeurs statistiques / moyennes. Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (TF 8C_709/2018 du 18 juin 2019 consid. 3 et les références citées).

c) Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsqu'après la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a repris aucune activité lucrative ou aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des données salariales résultant des DPT ou des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS; ATF 139 V 592 consid. 2.3 p. 593 s.; 135 V 297 consid. 5.2. p. 301; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475).

En l'espèce, l'intimée a respecté les conditions imposées par la jurisprudence pour pouvoir se référer valablement aux DPT : elle en a produit cinq et transmis le nombre total de postes de travail pouvant entrer en considération compte tenu du handicap de l'assuré. Elle a en outre communiqué le salaire le plus haut, le salaire moyen et le salaire le plus bas pour les postes de travail en question (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 p. 478 ss).

d) L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPG) - et

non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (TF 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2 ; 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

e) En l'espèce, le recourant conteste la prise en considération des DPT comme base de calcul pour déterminer le revenu d'invalidé. Il soutient qu'elles ne correspondent pas à ses limitations fonctionnelles ou à ses connaissances linguistiques, et que son analphabétisme rend impossible une éventuelle courte formation.

Il est constant que les activités décrites dans les DPT ayant servi de référence dans la décision doivent être compatibles avec l'état de santé de l'assuré pour qu'il soit admissible de s'y référer (TF 8C_430/2014 in SVR 2016 UV n° 14 p. 43 consid. 4.4). Or tel est bel et bien le cas en l'espèce.

Dans son rapport d'examen du 23 mai 2018, la Dre J._____ a estimé que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, sans baisse de rendement, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : une activité sédentaire à semi-sédentaire s'exerçant plutôt en position assise avec alternance des positions assises et debout, pas de positions statiques prolongées debout, pas de port de charges supérieures à 5 kg, ni de positions à genoux ou accroupies. Ce faisant, la Dre J._____ a attesté une capacité de travail médico-théorique totale dans une telle activité. Quoi qu'en dise le recourant, toutes les DPT retenues sont conformes à ces limitations fonctionnelles. En effet, elles permettent un travail accompli essentiellement en position assise, sans positions à genoux ou accroupies, avec un port de charges très léger, soit jusqu'à 5 kg et le maniement d'objets légers.

Pour le surplus, l'intimée a modifié les DPT choisies à la suite de l'opposition de l'assuré, afin que les postes retenus n'exigent pas de connaissances de français.

En outre, les activités retenues n'exigent aucune formation pour certaines, et une formation élémentaire pour d'autres, de sorte qu'elles peuvent être exercées par le recourant. Rien n'indique en outre que les postes choisis requièrent une quelconque expérience du domaine industriel ; au contraire, l'intimée a veillé à choisir des activités très facilement accessibles, sans formation particulière, sinon une brève mise au courant, même compatible avec un faible niveau linguistique (cf. arrêt du TF 8C_430/2014 précité, consid. 4.5). A cet égard, s'il n'est pas remis en question que le recourant ne s'exprime pas en français, et n'allègue pas le lire, il n'a jamais été établi qu'il présenterait une atteinte au niveau cognitif rendant toute acquisition de connaissance de quelque nature que cela soit impossible. En particulier, le CT cérébro-cervical et abdominal effectué au Centre hospitalier R._____ à l'arrivée de l'assuré à la suite de sa chute n'a pas mis en évidence de lésion traumatique cérébro-cervicale. Quant au Dr N._____, il a relevé le 14 février 2018 que l'examen neurologique était dans la norme. Enfin, le Tribunal fédéral a déjà jugé que des facteurs tels que la faible maîtrise du français et le défaut de formation sont étrangers à l'invalidité (cf. TF 9C_603/2015 du 25 avril 2016, consid. 6.1.1 et 9C_286/2015 du 12 janvier 2016, consid. 4.1).

Les DPT retenues démontrent donc qu'il existe, sur le marché général du travail, des emplois très légers et adaptés à la situation du recourant. De telles places de travail permettent de réaliser un gain moyen annuel de 61'219 fr. (13^{ème} salaire y compris) ou un revenu mensuel de 5'102 fr. par mois. C'est ce revenu qui doit, par conséquent, être pris en considération pour l'évaluation du degré d'invalidité.

S'agissant du revenu sans invalidité, de 67'368 fr., il n'est pas contesté et doit être confirmé.

Ainsi, la comparaison des revenus avec et sans invalidité conduit à une perte de gain de 9.12%, arrondie à 9% (ATF 130 V 121), soit un taux inférieur au minimum légal de 10% permettant l'ouverture du droit à la rente.

f) Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à refuser d'octroyer une rente d'invalidité au recourant.

8. a) Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée.

b) 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, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 septembre 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Nuno Manuel Dos Santos Domingos Aeby (pour T. _____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :