

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 janvier 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Pasche, juge et M. Bosson, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Maxime Darbellay,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 6 al. 1, 18 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Né en 1965, X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), sans formation certifiée, travaillait en tant qu'échafaudageur depuis 1996 pour le compte de V._____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 11 mars 2019, X._____ a été victime d'un accident sur son lieu de travail ; alors qu'il marchait sur un échafaudage, celui-ci a cédé entraînant une chute en arrière de 2 m avec réception sur le rebord d'un balcon.

Le même jour, l'assuré a consulté le Service des urgences de l'Hôpital S._____ en raison d'un traumatisme du rachis sans déficit. Dans son rapport du 12 mars 2019, la Dre W._____, cheffe de clinique, a notamment relevé ce qui suit (sic) :

« Au travail, échafaudage cède. Tombe en arrière avec réception 2 m plus bas sur le dos/côté gauche sur le rebord d'un balcon. Dès lors douleurs dorsales et cervicales hautes avec hyposensibilité du membre supérieur gauche.

Status

A : libre, trachée médiane.

B : hématome 30 x 10 cm en barre dans le dos au niveau D4 avec douleur palpation grill costal postérieure en regard, pas d'emphysème. MVS. Sat 93 % aa.

C : TA 140/80. Abdomen souple, bassin indolore. MI sp. Bonne perfusion, pas de marbrure.

D : pupilles iso-iso. Hyposensibilité de tout le MSG, reste sp.

Ostéo-articulaire : palpation dernières cervicale et dorsales très sensible. Palpation de l'épaule gauche antérieure sensible et mobilisation douloureuse mais pas de déformation.

(...)

Diagnostic : fracture du corps de la scapula gauche.

Anamnèse

Patient de 53 ans, droitier, en bonne santé habituelle, qui est vu le 11 mars 2019 aux urgences en raison d'une chute d'une échelle de 2 mètres de hauteur sur un échafaudage avec réception sur la face

postérieure de l'épaule gauche associée à des douleurs, une impotence fonctionnelle et une hypoesthésie en regard du territoire axillaire.

Pas de traumatisme crânien, ni perte de connaissance.

Pas de plaintes neurologiques au niveau des membres inférieurs, pas de troubles sphinctériens.

Le patient n'est pas symptomatique de ses hanches.

A noter que le patient est connu pour des lombosciatalgies chroniques droites non-déficientes depuis juillet 2015 avec un bilan par IRM ayant montré un kyste synovial en L4-L5 au contact de la racine L5 avec S/P Infiltration (2016).

(...)

Examen clinique

- Rachis cervical : indolore à la palpation.
- Épaule gauche : hématome en regard du rachis dorsal et de la scapula, douloureuse à la palpation, pas de trouble neurologique sensitif (discrimination au toucher-piquer et aux deux points), ni moteur axillaire, musculo-cutané (y compris cutanée latérale de l'avant-bras), ni cutanée médiale du bras, ni cutanée médiale de l'avant-bras, ni radiale (cutanée postérieure du bras, inféro-latérale du bras, cutanée postérieure de l'avant-bras, ni de la main), ni ulnaire, ni médiane, pas de trouble vasculaire (pouls radial palpable), coiffe compétente.
- Membres inférieurs : pas de déficit sensitivo-moteur.

Imagerie - Rx - CT-scanner

- Fracture du corps de la scapula.
- Pas d'autre lésion traumatique cérébro-cervico-thoraco-abdominale.
- Hépatomégalie stéatosique.
- Ostéonécrose aseptique des deux têtes fémorales sans perte de sphéricité (stade Ficat II) d'évolution stable depuis une IRM de 2016.

Attitude (discutée avec le Dr O. _____, CDC)

- Immobilisation dans un gilet orthopédique à visée antalgique (le patient n'est pas gêné sur le plan respiratoire).
- Mobilisation libre du coude et du poignet gauches.
- Mobilisation selon douleurs de l'épaule gauche sans port de charge, ni d'appui sur le membre supérieur gauche.
- Contrôle clinique et radiologique à la polyclinique de Traumatologie dans 3 semaines (si l'hypoesthésie est persistante, une investigation par IRM sera à évaluer). »

L'assuré se plaignant de douleurs persistantes, une IRM de l'épaule gauche, pratiquée le 21 juin 2019, a conclu à une rupture non transfixiante interstitielle du tendon du muscle infra-épineux gauche et à une tendinopathie du muscle supra-épineux gauche (compte-rendu du 27 juin 2019). Il n'y avait pas de lésion suspecte ou traumatique.

En raison de douleurs au membre inférieur droit irradiant dans la fesse et le pied avec boiterie, une IRM du rachis lombaire a été réalisée le 5 juillet 2019. Si aucune sténose canalaire centrale ou foraminale significative n'a été constatée, elle a en revanche mis en évidence une anomalie transitionnelle dénommée lombalisation de S1 ainsi qu'une discopathie dégénérative modérée en L5-S1 avec bombement discal global sans protrusion herniaire individualisée (compte-rendu du 8 juillet 2019).

Le Dr M. _____, spécialiste en radiologie, a effectué une IRM cervico-dorso-lombaire le 23 octobre 2019. Dans son rapport daté du même jour, il a conclu à l'absence de sténose canalaire de l'ensemble du rachis et à l'absence d'anomalie médullaire. L'examen pratiqué a en revanche révélé une arthrose interfacettaire aux trois derniers niveaux lombaires prédominant en L5-S1 en particulier à droite avec sténose du récessus droit L5-S1 et conflit à ce niveau sur l'émergence de la racine S1 droite.

En dépit de la prescription de séances de physiothérapie, l'assuré a présenté des douleurs persistantes l'ayant amené à consulter, le 4 mai 2020, le Dr D. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 8 mai 2020 à la CNA, il a posé les diagnostics de chute au travail le 11 mars 2020 [recte : 2019] avec traumatisme du rachis et de l'épaule gauche, de fracture du corps de la scapula à gauche traitée conservativement, de cervico-brachialgies et dorsalgies gauches persistantes, de lombosciatalgies chroniques, d'ostéonécrose des deux hanches connues depuis plusieurs années sans perte de la sphéricité et de status post-rupture traumatique du long chef du biceps droit avec traitement conservateur en 2014. Selon ce médecin, l'IRM de la colonne cervicale réalisée le 4 février 2020 objectivait des troubles dégénératifs avec des discopathies pluri-étagées ; elle n'avait en revanche pas objectivé de lésion fracturaire ni de signe de myélopathie. Si l'IRM cervico-dorso-lombaire du 23 octobre 2019 avait objectivé des troubles dégénératifs étagés sur plusieurs niveaux, notamment lombaires, avec une sténose du récessus droit L5-S1 entraînant un probable conflit avec l'émergence de la racine S1 à droite, elle n'avait pas mis en évidence

d'anomalie médullaire ou de rétrécissement canalaire. Les lombosciatalgies droites avec des troubles de la sensibilité au niveau du mollet droit pouvaient donc s'expliquer par le conflit radiculaire constaté sur l'IRM de la racine S1. Pour le reste, le Dr D._____ estimait qu'il existait de nombreux facteurs contextuels de nature à expliquer l'évolution constatée. Dès lors, des gestes infiltratifs risquaient de ne pas amener un effet significatif chez un patient relatant des douleurs assez diffuses sur plusieurs sites. Il a conclu son rapport en suggérant un séjour à la Clinique Q._____ en vue d'une évaluation multidisciplinaire.

Dans un rapport du 6 juillet 2020, le Dr B._____, médecin associé au Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital S._____, a rendu compte à la CNA de la consultation du 23 juin 2020. Au vu de la divergence entre les constatations de l'examen clinique et celles ressortant de l'imagerie ayant mis en évidence une rupture non transfixiante du sus-épineux se prolongeant dans l'infra-épineux, ce médecin a estimé qu'une prise en charge chirurgicale de l'épaule gauche ne pourrait qu'aggraver la situation.

L'assuré a séjourné à la Clinique Q._____ du 15 juillet au 11 août 2020. A cette occasion, il a fait l'objet de divers examens et évaluations (réadaptation de l'appareil locomoteur, observation aux ateliers professionnels les 20 et 21 juillet 2020, électroneuromyographie le 29 juillet 2020 ainsi que diverses analyses de laboratoire). Dans leur rapport de synthèse du 18 août 2020, les Drs N._____ et K._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistante, ont posé les diagnostics principaux de chute le 11 mars 2019 avec fracture du corps de la scapula gauche et contusion dorsale, de rupture non transfixiante du tendon infra-épineux et tendinopathie du supra-épineux gauche et de fissure labrale inférieure gauche le 16 janvier 2020 avec progression de kyste paralabral infracentimétrique associée. Au terme de leur analyse, ils ont estimé que si la situation de l'épaule gauche était pratiquement stabilisée, une stabilisation définitive de la situation médicale était attendue dans un délai d'un à deux mois. En lien avec l'épaule gauche, ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges

lourdes répétitif ni de travail prolongé et/ou répétitif avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et en porte-à-faux. S'agissant du rachis, ils ont défini comme suit les limitations fonctionnelles à observer : « *les activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, les flexions et torsions répétées du tronc et le port de charges lourdes* ». D'après ces médecins, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'échafaudier était défavorable. Il s'agissait en effet d'une activité lourde et contraignante aussi bien pour l'épaule que pour le rachis. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une profession compatible avec les limitations fonctionnelles décrites était favorable, si bien que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une telle activité. Il fallait toutefois compter avec l'interférence de facteurs non médicaux pouvant ralentir le processus de réinsertion. Aussi ont-ils conclu à une capacité de travail nulle dans la profession d'échafaudier du 15 juillet au 13 septembre 2020, après quoi dite capacité devait faire l'objet d'une nouvelle évaluation.

Consulté par l'assuré le 14 septembre 2020, le Dr D. _____ a fait état d'une évolution très peu significative après le séjour à la Clinique Q. _____. Il n'a pas pour autant retenu d'indication à poursuivre le traitement de physiothérapie ambulatoire et a maintenu la médication inchangée. Il a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 30 novembre 2020 (rapport du 30 septembre 2020).

Le 29 octobre 2020, la Dre H. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, elle a posé les diagnostics de scapulalgies droites dans les suites d'une chute survenue le 11 mars 2019 ayant entraîné une fracture du corps de la scapula gauche et une contusion dorsale, de rupture non transfixiante du tendon infra-épineux avec tendinopathie du supra-épineux gauche le 21 juin 2019 et de fissure labrale inférieure gauche avec progression du kyste para-labral infracentimétrique associée le 16 janvier 2020. Selon ce médecin, la situation était stabilisée pour les seules suites de l'événement du 11 mars 2019 et il n'y avait plus de traitement médical ou chirurgical pouvant

améliorer l'état de santé. Si l'activité habituelle de monteur en échafaudages n'était plus exigible, elle a estimé que la capacité de travail était entière dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes répétitif, pas de travail prolongé ou répétitif avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et en porte-à-faux. Par ailleurs, la Dre H. _____ a relevé que l'assuré était persuadé que les douleurs au niveau de sa hanche droite étaient dues à une chute survenue le 7 juin 2007. Or cette chute n'avait entraîné qu'une contusion de la hanche et une incapacité de travail inférieure à une semaine. A cela s'ajoutait que l'intéressé était connu pour une nécrose aseptique des deux hanches sans lien avec l'événement de 2007. De plus, elle a expliqué à l'assuré que ses douleurs lombaires, cervicales et aux hanches n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement du 11 mars 2019 et qu'elles n'étaient donc pas prises en compte dans l'appréciation de l'exigibilité ; seules les limitations fonctionnelles en lien avec cet accident entraient en ligne de compte à cet égard. Pour le reste, des facteurs extra-médicaux et contextuels influençaient de manière négative les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré mais également la perception de son handicap fonctionnel au niveau de l'épaule gauche. Outre que ces facteurs ne pouvaient pas être pris en considération dans l'appréciation de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, ils expliquaient également les discordances relevées lors de l'examen clinique. S'agissant enfin de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, la Dre H. _____ s'est référée à la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs. Au vu des résultats obtenus (flexion antérieure supérieure à 90°) et des autolimitations importantes de l'assuré, elle a retenu que les séquelles correspondaient à une périarthrite scapulo-humérale moyenne, soit un taux d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Elle a ajouté que la mobilité active de l'épaule droite n'était pas fiable au vu des autolimitations de l'assuré.

Par courrier du 11 décembre 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2021, au motif que les suites

médicales de l'accident subi le 11 mars 2019 étaient stabilisées. Elle a annoncé qu'elle allait examiner si les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents étaient réunies.

Par décision du 9 février 2021, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité faute d'une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident. En revanche, suivant l'appréciation de la Dre H._____, elle lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

En date du 15 février 2021, l'assuré s'est opposé à cette décision. Invoquant une péjoration de son état de santé, il a fait valoir que les séquelles physiques de son accident lui causaient des douleurs quotidiennes qui l'empêchaient d'exercer une activité prolongée nécessitant de se concentrer. Ses douleurs l'obligeaient également à changer fréquemment de position et étaient à l'origine d'insomnies. A l'appui de ses allégations, il a joint un certificat d'incapacité totale de travail établi par son médecin traitant.

Par décision sur opposition du 19 février 2021, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Sur le plan médical, elle a considéré que les dires de l'assuré ne permettaient pas de mettre en doute l'analyse effectuée par le médecin d'arrondissement. Quant au volet économique, elle a retenu un revenu de valide de 69'108 fr. qu'elle a comparé à un revenu d'invalidé fondé sur les statistiques salariales de 66'658 fr. après abattement de 5 % en raison des limitations fonctionnelles. Il en résultait un degré d'invalidité de 3,55 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

B. **a)** Par acte du 22 mars 2021, X._____, représenté par Me Maxime Darbellay, avocat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 19 février 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation en ce sens que, d'une part, la CNA reprend le versement des indemnités journalières dès le premier jour de

leur interruption et, d'autre part, procède à un complément d'instruction en vue de réévaluer le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et d'examiner si les conditions du droit à une rente d'invalidité sont réalisées. A titre subsidiaire, il a requis l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle instruction.

aa) En premier lieu, l'assuré a fait grief à la CNA d'avoir retenu que son état de santé était stabilisé et qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées (pas de port de charges lourdes répétitif, pas de travail prolongé ou répétitif avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et en porte-à-faux). Dans la mesure où cette appréciation se fondait exclusivement sur le rapport de la Dre H._____, elle ne pouvait être suivie. En effet, outre qu'elle ne tenait compte que des séquelles douloureuses et fonctionnelles d'un traumatisme à l'épaule gauche et non pas des autres troubles présentés, cette appréciation se fondait uniquement sur le rapport des médecins de la Clinique Q._____. Or ce dernier était insatisfaisant à divers titres et contenait plusieurs lacunes, ce qui compromettait sa valeur probante ; à cet égard, l'assuré a fait valoir qu'une durée d'observation de 2 heures aux ateliers professionnels de la Clinique Q._____ était insuffisante pour se prononcer sur ses aptitudes professionnelles et que c'était de manière inexacte qu'il lui avait été reproché de s'autolimiter. L'assuré a par ailleurs déploré que la CNA n'ait pas investigué la baisse de thymie et les insomnies rapportées par les médecins de la Clinique Q._____. De plus, tant la Dre H._____ que les médecins de la Clinique Q._____, n'avaient pas tenu compte de ses plaintes et de ses douleurs. A cela s'ajoutait qu'il faisait toujours l'objet d'un suivi, notamment auprès du Dr D._____, ce dont la Dre H._____ n'avait pas non plus tenu compte dans son appréciation.

bb) En second lieu, l'assuré a contesté le point de vue de la CNA selon lequel il n'existait pas de lien de causalité entre l'accident du 11 mars 2019 et ses troubles au niveau des lombaires, des cervicales et des hanches. D'après l'assuré, c'était à tort que la CNA s'était fondée à ce sujet sur les constatations de la Dre H._____, sans chercher à les faire

confirmer par une expertise externe ou encore à s'assurer que lesdits troubles aient pu être aggravés par la chute du 11 mars 2019. Ainsi, au regard de la persistance de ses douleurs, l'assuré estimait difficilement concevable que l'état maladif antérieur dont se prévalait la CNA soit revenu au stade antérieur à l'accident ou soit parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident. Le suivi médical en cours depuis l'accident tendait à confirmer cette assertion. De plus, c'était sans explication que la CNA avait écarté le diagnostic de lombalisation de S1 avec dernier disque mobile S1-S2, ceci en plus de la discopathie dégénérative modérée en L5-S1 avec bombement discal global sans protrusion.

cc) En troisième lieu, l'assuré a contesté l'évaluation de sa capacité de gain et de son atteinte à l'intégrité physique. S'agissant de la capacité de gain, il a critiqué le revenu d'invalidé retenu, faisant valoir à cet égard que le marché du travail n'offrait pas d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui lui étaient reconnues. Il ne voyait en effet pas quel employeur serait disposé à engager un collaborateur pour lequel il conviendrait d'aménager le lieu de travail. A cela s'ajoutait que le marché de l'emploi était au plus bas en raison de la crise sanitaire. Ces raisons expliquaient probablement selon lui le fait que la CNA n'ait pas été en mesure de citer des exemples d'activités adaptées dans la décision attaquée. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré a fait valoir que, dans la mesure où son état de santé n'était pas stabilisé, la fixation d'une telle indemnité était prématurée. Elle était en outre sous-évaluée, dès lors qu'elle ne tenait pas compte des séquelles aux lombaires, aux cervicales et aux hanches consécutives à l'accident du 11 mars 2019.

dd) En quatrième lieu, l'assuré a reproché à la CNA d'avoir contrevenu à son devoir d'instruction. D'après lui, il lui incombait de clarifier la situation médicale, compte tenu de la gravité de l'accident, de ses plaintes, de la faible valeur probante des rapports de la Clinique Q._____ et de la Dre H._____ ainsi que de la poursuite du suivi médical. Le moral fluctuant, la baisse de la thymie et les insomnies

rapportées par les médecins de la Clinique Q._____ auraient également dû l'inciter à compléter ses investigations. Au vu de ces éléments, la CNA aurait dû mettre en œuvre une expertise externe afin de déterminer sa capacité de travail, vérifier le lien de causalité entre les troubles présentés actuellement et l'accident du 11 mars 2019 et évaluer la capacité de gain au regard du marché du travail. En s'abstenant d'une instruction diligente, elle aurait également procédé à une constatation des faits et une appréciation des preuves entachées d'arbitraire, de même qu'elle aurait violé son droit d'être entendu.

ee) Au vu de l'ensemble des arguments invoqués, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, psychiatrique ou toute autre expertise jugée utile par la Cour de céans afin de « *déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée ainsi que sa capacité de gain au regard du marché du travail actuel une fois sa situation médicale stabilisée.* »

b) Dans sa réponse du 31 mai 2021, la CNA a conclu au rejet du recours.

aa) Elle a relevé que l'appréciation de la Dre H._____ du 29 octobre 2020 satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Elle était donc fondée à s'y référer pour retenir que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Tel était le cas de l'épaule gauche dès lors qu'il n'y avait plus de traitement médical ou chirurgical pouvant améliorer l'état de cette épaule. En annexe, la CNA a joint une appréciation complémentaire du 12 mai 2021 dans laquelle la Dre H._____ confirmait que l'assuré n'avait pas présenté de lésion structurelle au niveau lombaire ou cervical à la suite de la chute du 11 mars 2019. Il présentait en revanche des lésions préexistantes de nature dégénérative tant au niveau lombaire que cervical qui auraient pu être décompensées de manière passagère par cette chute. Toutefois, il fallait admettre que, 18 mois après cet événement, soit lors de l'examen final du 29 octobre 2020, l'accident avait cessé de déployer ses effets et que les troubles qui subsistaient étaient de nature dégénérative. Quant aux

troubles de la hanche, ils étaient sans lien avec l'accident du 11 mars 2019. Au demeurant, la chute dont l'assuré avait été victime en 2007 n'avait entraîné qu'une simple contusion et il était en outre connu pour une nécrose aseptique des deux hanches indépendante de cet événement. Il fallait dès lors admettre que l'état de santé était stabilisé et que c'était donc à bon droit que la CNA avait mis un terme au paiement des indemnités journalières et des frais médicaux avec effet au 31 janvier 2021. S'agissant de la capacité de travail, la CNA a relevé que, contrairement aux allégations de l'assuré, les éléments médicaux au dossier permettaient de conclure à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

bb) Après avoir rappelé en quoi consistait la notion de marché équilibré du travail, la CNA a exposé sur quels éléments elle s'était fondée pour déterminer le revenu d'invalidé. La comparaison avec le revenu (non contesté) de valide conduisait à une perte de gain et partant, à un taux d'invalidité, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Enfin, le dossier ne contenait aucun élément de nature à justifier le réexamen du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, si bien qu'il convenait de confirmer l'appréciation de la Dre H. _____ sur ce point également.

c) En réplique du 16 juillet 2021, l'assuré a essentiellement réitéré ses griefs quant à la stabilisation de son état de santé, l'existence d'un lien de causalité entre ses troubles actuels et l'accident du 11 juin 2019 ainsi que l'évaluation de sa capacité de travail. A cet égard, il a produit un rapport du 24 juin 2021 du Dr D. _____, dans lequel celui-ci faisait état d'une capacité de travail n'excédant pas 50 % compte tenu des différents problèmes ostéo-articulaires, le traitement prescrit consistant en des séances de physiothérapie et des infiltrations. S'agissant du revenu d'invalidé, l'assuré estimait qu'il aurait dû faire l'objet d'un abattement supérieur à celui de 5 % retenu par la CNA dans la décision attaquée. Dans ce sens, il s'est prévalu de son âge, de son absence de formation, de son faible niveau de français, de problèmes d'adaptation significatifs ainsi que de l'importance de ses limitations fonctionnelles. L'ensemble de ces

circonstances justifiait selon lui de retenir un abattement de 15 à 20 %. L'assuré a déclaré confirmer ses conclusions.

d) Dupliquant en date du 17 août 2021, la CNA a relevé que l'assuré n'avait pas fait état d'élément nouveau propre à remettre en cause le bien-fondé de sa position. Elle a par conséquent confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents après le 31 janvier 2021, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 11 mars 2019 et les troubles persistants.

3. Dans un grief de nature formelle, qu'il convient de traiter à titre préalable, le recourant invoque le fait que l'absence de mesures d'instruction en rapport avec sa situation médicale somatique et psychique constitue une violation de son droit d'être entendu garanti par

l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101).

a) aa) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes et d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

bb) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. 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). La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et

arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, en tant qu'il porte sur le refus implicite de procéder aux mesures d'instruction requises, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu se confond avec celui de violation de l'obligation d'instruire (art. 43 al. 1 LPG), respectivement celui d'une constatation des faits et d'une appréciation des preuves entachées d'arbitraire (art. 9 Cst.) également invoqués par le recourant. Ces questions seront donc examinées avec le fond du litige.

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 LPG, est réputée 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 en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte

exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les arrêts cités ; TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 3.2).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe

administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

6. a) En date du 11 mars 2019, le recourant est tombé en arrière d'une hauteur de 2 m avec réception sur le rebord d'un balcon, ce qui a entraîné des lésions au membre supérieur gauche. Il n'est pas contesté que cet événement constitue un accident au sens de la loi (cf. art. 4 LPGA). Se pose en revanche la question de savoir dans quelle mesure les atteintes à la santé présentées actuellement par le recourant sont imputables à l'accident du 11 mars 2019.

aa) S'agissant des lésions à l'épaule gauche, il convient de retenir qu'elles sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 11 mars 2019. C'est à juste titre que la CNA a considéré que le *statu qui sine* avait été atteint au 31 janvier 2021. En effet, à la date de l'examen par les médecins de la Clinique Q._____ en été 2020, il est admis que la stabilité de la situation médicale est pratiquement acquise, un délai supplémentaire d'un à deux mois maximum étant retenu pour l'acquisition de la stabilisation définitive (cf. rapport du 18 août 2020, p. 7). De son côté, le Dr D._____ (cf. rapport du 30 septembre 2020) ne retient pas d'indication à la poursuite de la physiothérapie ni ne préconise de changement de médicament, le traitement mentionné sous chiffre 5 de son rapport du 24 juin 2021 étant un traitement conservateur, ce qui confirme la stabilisation de l'état de santé. Quant au Dr B._____ (cf. rapport du 6 juillet 2020), il ne s'inscrit pas non plus contre une stabilisation puisque la prise en charge chirurgicale, au demeurant déconseillée, n'est plus évoquée par la suite.

S'agissant des limitations fonctionnelles telles que retenues par la Clinique Q._____ et reprises par la Dre H._____ en page 8 de son rapport du 29 octobre 2020 (pas de port de charges lourdes répétitif,

pas de travail prolongé ou répétitif avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et en porte-à-faux), le recourant interprète de manière erronée le rapport de la Clinique Q._____ relatif à l'évaluation aux ateliers professionnels. En effet, contrairement à la thèse qu'il tente de faire accréditer, l'observation ne s'est pas effectuée en une seule période de deux heures mais sur plusieurs périodes allant jusqu'à deux heures consécutives. Il sied de relever dans ce contexte que la participation du recourant aux thérapies fonctionnelles a été décrite comme faible, tandis que les plaintes et les limitations fonctionnelles alléguées ne s'expliquent que partiellement par les lésions objectives présentées. Dans ce sens, le Dr D._____ évoque l'existence de facteurs contextuels à l'origine de l'évolution constatée (cf. rapport du 8 mai 2020), alors que le Dr B._____ rend compte d'une non-concordance entre l'examen clinique et la lésion mineure mise en évidence sur l'IRM de l'épaule gauche (cf. rapport du 6 juillet 2020). Par ailleurs, aucun des médecins traitants ne remet en cause les limitations fonctionnelles liées à l'épaule, tout comme la capacité de travail de 100 % dans une activité compatible avec ces mêmes limitations. Enfin, le Dr D._____ se prononce sur une capacité de travail pour l'ensemble des atteintes ostéo-articulaires (cf. rapport du 24 juin 2021), ce qui n'est d'aucune pertinence ainsi qu'on le verra au considérant suivant.

bb) S'agissant des atteintes au rachis lombaire et cervical ainsi qu'aux hanches actuellement symptomatiques, elles ont toutes une origine dégénérative ou malade, voire congénitale pour ce qui est de la lombalisation de S1 (cf. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=lombalisation>, consulté le 7 décembre 2021) mise en évidence par l'IRM du rachis lombaire du 5 juillet 2019. Ainsi, l'examen clinique pratiqué à l'Hôpital S._____ le 11 mars 2019 n'a mis en évidence aucune lésion ou aggravation d'atteinte imputable à l'accident ; de même, il n'est pas relevé de plaies, d'ecchymoses ou d'hématomes à cette occasion mais uniquement une sensibilité alléguée à la palpation. Quant à l'imagerie, l'IRM du rachis lombaire du 5 juillet 2019 a révélé, outre une lombalisation, une discopathie dégénérative modérée en L5-S1 sans qu'aucune lésion traumatique n'ait par ailleurs été mise en

évidence. De même, l'IRM cervico-dorso-lombaire du 23 octobre 2019 a conclu à une arthrose interfacettaire aux trois derniers niveaux lombaires prédominant en L5-S1 à droite. Au surplus, le rapport du 12 mars 2019 fait certes mention d'une ostéonécrose aseptique des deux têtes fémorales d'évolution stable depuis une IRM de 2016 mais relève que le recourant n'est pas symptomatique de ses hanches le jour de la consultation. On précisera enfin que, selon la jurisprudence, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. TF 8C_625/2017 du 5 avril 2018 consid. 3.2 et les références citées). Aussi, en présence d'un état maladif préexistant et dans la mesure où l'accident a tout au plus pu entraîner des contusions, le *statu quo sine* était atteint bien avant le 31 janvier 2021, de telle sorte qu'il n'y a plus de lien de causalité naturelle entre l'accident du 11 mars 2019 et les troubles du rachis cervico-lombaire et des hanches.

b) Aucun médecin ne réfère la symptomatologie du rachis ou des hanches à la chute dont l'assuré a été victime en date du 7 juin 2007. La Dre H._____ retient que cet accident n'a entraîné qu'une contusion de la hanche (cf. sur ce point le rapport du 12 septembre 2018 du Dr R._____, spécialiste en neurologie, et celui du 18 août 2020 de la Clinique Q._____, p. 2) et une incapacité de travail inférieure à une semaine selon l'employeur, ce qui contraste avec les dires du recourant, selon lesquels il est persuadé qu'il avait été en incapacité de travail au moins huit mois. Elle rappelle par ailleurs qu'il est connu pour une nécrose aseptique des deux hanches sans lien avec l'événement de 2007. Il n'existe au demeurant pas d'annonce de rechute ou de séquelles en lien avec cet accident, lequel ne relève quoi qu'il en soit pas du présent litige.

c) En l'absence de diagnostic relevant d'une atteinte psychique posé par un médecin, fût-il non psychiatre, et de tout traitement médicamenteux ou de thérapie relevant de la sphère

psychique, il ne se justifie pas d'examiner le lien de causalité entre l'accident du 11 mars 2019 et la baisse de thymie alléguée.

d) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions de la Dre H. _____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

e) Au final, l'état de santé du recourant doit être considéré comme stabilisé à compter du 31 janvier 2021 dès lors qu'il ne pouvait plus être attendu d'amélioration de la situation sur le plan clinique (cf. rapport de la Dre H. _____ du 29 octobre 2020, p. 8).

7. Pour le reste, c'est à bon droit que la CNA s'est prononcée sur le droit à la rente du recourant. A ce propos, il n'est pas contesté que ce dernier présente un certain nombre de limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes répétitif, pas de travail prolongé ou répétitif avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules et en porte-à-faux) qui, si elles ne lui permettent plus d'exercer une activité de monteur en échafaudages, ne l'empêchent nullement d'exercer une activité adaptée (rapport de la Dre H. _____ du 29 octobre 2020, p. 9).

8. Cela étant constaté, il convient d'examiner le degré d'invalidité du recourant.

a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

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

c) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

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

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

e) aa) C'est le lieu de rappeler que 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).

bb) En l'espèce, aucun rapport médical ne s'inscrit en faux contre le constat du 29 octobre 2020 opéré par la Dre H._____ de la capacité du recourant d'exercer à 100 % une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'entraînent les lésions à l'épaule gauche. Les limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus (cf. consid. 7) ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Le recourant n'apporte du reste aucun élément permettant de s'écarter de ce constat.

f) Quant à la situation pandémique invoquée par le recourant pour justifier d'éventuelles difficultés de réinsertion sur le marché du travail, elle ne saurait être prise en compte s'agissant d'un critère ne relevant pas de l'assurance-accidents.

g) En ce qui concerne la comparaison des revenus effectuée par l'intimée, il n'y a pas lieu de s'écarter - faute de critiques à son encontre - des données prises en considération par la CNA pour procéder à la comparaison des revenus, sous réserve du taux d'abattement sur le salaire statistique.

aa) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

bb) S'agissant de la question de l'abattement sur le salaire, il y a lieu de constater que le taux de 5 % retenu afin de tenir compte des limitations fonctionnelles n'est pas critiquable. A titre comparatif, le Tribunal fédéral a estimé qu'un abattement de 5 % se justifiait dans le cadre des limitations fonctionnelles d'un assuré présentant de sévères lésions subies au genou ne permettant que l'exercice d'activités légères, plutôt sédentaires et autorisant des positions alternées (TF 8C_910/2010 du 8 septembre 2011 consid. 6.3). Un taux d'abattement identique a également été confirmé dans le cas d'un danseur professionnel ayant subi une rupture partielle de deux tendons rotuliens, ne pouvant plus courir, ni rester longtemps assis les genoux fléchis et présentant de la difficulté à monter les escaliers ainsi qu'à se lever d'une chaise (TF 8C_762/2010 du 8 avril 2011 consid. 2.3). Pour le reste, les limitations d'ordre socioprofessionnel et personnelles de l'assuré (à savoir, l'absence de maîtrise de la langue française, le manque de formation ainsi que l'âge) ne sauraient être retenues en l'espèce pour déterminer le revenu d'invalidé. S'agissant en particulier du critère de l'âge, l'assuré étant âgé de moins de 56 ans lors de l'examen du droit à la rente, il ne saurait jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière (TF 8C_597/2020 du 16 juin 2021 consid. 5.2 ; TF 8C_227/2017

du 17 mai 2018 consid. 5 ; TF 8C_477/2016 du 23 novembre 2016 consid. 4.2). En ce qui concerne les connaissances linguistiques limitées, il ne s'agit pas d'un critère dont l'assurance-accidents doit tenir compte mais bien d'un facteur étranger à l'invalidité étant rappelé que les activités simples et répétitives correspondant au niveau de compétences 1 (respectivement de qualification 4) ne requièrent pas de bonnes connaissances linguistiques (TF 9C_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3 ; TF 9C_426/2014 du 18 août 2014 consid. 4.2). S'agissant de l'absence de formation, il ne saurait s'agir d'un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales du recourant. D'une part, les activités adaptées qui rentrent en ligne de compte (simples et répétitives, de niveau de compétences 1) ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique. D'autre part, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas matière de procéder à un abattement à ce titre (TF 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5 ; TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5).

cc) Au final, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux d'abattement de 5 % opéré par l'intimée en raison des limitations fonctionnelles du recourant sur le salaire statistique fondant le revenu d'invalidé.

h) En comparant un revenu sans invalidité de 69'108 fr. avec un revenu d'invalidé de 66'658 fr. (montant qui intègre un abattement de 5 %), il en résulte un degré d'invalidité de 3,55 %, arrondi à 4 % (ATF 130 V 121), taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA).

9. En dernier lieu, il s'impose d'examiner la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée par la CNA à concurrence de 10 %. Le recourant conteste cette estimation sans toutefois chiffrer sa prétention à la lumière de l'une des tables d'indemnisation de la Division médicale de la CNA.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite d'un 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).

b) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

c) 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 218 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.

d) En l'occurrence, la Dre H._____, médecin d'arrondissement, s'est fondée sur la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs pour fixer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10 %. A la lumière des examens cliniques effectués, elle a considéré que le recourant présentait une diminution de la mobilité de l'épaule gauche correspondant à une périarthrite scapulo-humérale moyenne. Cette appréciation est convaincante et n'est remise en cause par aucune pièce au dossier. Quant aux autres troubles que fait valoir le recourant, ils ne sont, comme exposé ci-dessus (cf. consid. 6a/bb), pas en lien de causalité avec l'événement accidentel du 11 mars 2019 si bien qu'il n'y a pas lieu de les prendre en compte pour la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle.

e) La décision attaquée doit donc être confirmée dans la mesure où elle fixe à 10 % l'atteinte à l'intégrité corporelle pour les séquelles cliniques engageant la responsabilité de l'intimée.

10. Sur le vu de tout ce qui précède, la CNA était légitimée à mettre un terme au versement de ses prestations au 31 janvier 2021 pour les troubles en lien avec l'accident du 11 mars 2019, à refuser à X._____

le droit à une rente d'invalidité et à lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

11. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 février 2021 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Maxime Darbellay, avocat (pour X. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :

