

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mars 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Adrienne Favre, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 18 s. LAA

E n f a i t :

A. **a)**C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né le [...], droitier, a travaillé en France de 1982 à 1992. Il est ensuite revenu au Portugal et a œuvré comme maçon dans sa propre entreprise de 1993 à 2000. Il n'a pas de certificat fédéral de capacité (CFC) suisse ou d'autres diplômes équivalents.

b) Entre 2004 et 2015, l'assuré a subi plusieurs accidents. Il perçoit à ce titre une rente d'invalidité de 10 % de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) depuis le 1^{er} février 2016.

c) Engagé en qualité de maçon pour le compte d'A._____ Sàrl depuis le 14 mai 2018, et à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CNA, l'assuré a glissé le 27 février 2019 sur un panneau enneigé et s'est rattrapé à une poutrelle. Selon la déclaration de sinistre du 4 mars 2019 de l'employeur, les parties du corps atteintes ont été l'épaule droite (luxée), la hanche gauche (contusion) et le genou droit (contusion).

 La CNA a pris le cas en charge.

 Une arthro-IRM de l'épaule droite du 21 mars 2019 a révélé que l'assuré présentait une déchirure articulaire partielle des tendons sus- et sous-épineux, une désinsertion partielle du tendon sous-scapulaire, une importante arthrose acromio-claviculaire et bursite sous-acromiale, et un corps musculaire préservé (rapport du 21 mars 2019 du Dr J._____, spécialiste en radiologie).

 Dans un rapport intermédiaire du 8 avril 2019, la Dre I._____, médecin praticien, a fait part d'une évolution favorable des suites de l'accident.

Dans un rapport du 17 mai 2019 consécutif à une consultation de l'assuré le 15 mai 2019, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que depuis l'accident du 27 février 2019, l'assuré présentait des douleurs à l'épaule droite. Il n'y avait pas d'atrophie proximale du membre supérieur droit, une hypoesthésie dans le territoire du nerf supra-scapulaire, des discrètes douleurs à la palpation acromio-claviculaire et para-acromiale latérale, mais plus importante à la palpation de la gouttière bicipitale. La rotation externe du coude était augmentée ce qui traduisait l'absence de capsulite et la présence d'une déchirure du sous-scapulaire. Le Dr T._____ proposait à l'assuré de réaliser une arthroscopie de son épaule droite avec une ténodèse du long chef du biceps (LCB), un évidement du kyste arthro-synovial, une réparation du sous-scapulaire et du supra-épineux avec l'utilisation de cellules souches.

Dans une note médicale du 28 mai 2019, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'opération proposée était probablement liée à un événement en 2003 et que les images montraient un état fonctionnel avec dégénérescence graisseuse de stade I et II ce qui était normal lors d'une atteinte chronique.

Le Dr T._____ a opéré l'assuré le 2 juillet 2019.

Dans un rapport du 2 octobre 2019 de contrôle à trois mois d'une réfection arthroscopique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, le Dr T._____ a fait état de persistance de douleurs chez l'assuré.

Lors d'une entrevue du 5 novembre 2019 à l'agence, l'assuré a expliqué qu'il était responsable d'équipe sur le chantier. Son activité consistait à contrôler le travail sur le chantier des collègues et tracer des murs sur la base du projet. Il n'effectuait pas de travail sur le chantier et ne portait pas de poids. Il a précisé que sa langue maternelle était le portugais, et que sa compréhension du français était suffisante.

Selon un rapport du 8 novembre 2019 de contrôle à quatre mois de l'opération chirurgicale du 2 juillet 2019, le Dr T._____ a constaté une augmentation de la mobilité de l'épaule droite, avec une rotation interne qui était toujours raide. L'assuré présentait des douleurs au niveau du coude droit avec la mise en évidence d'une arthrose.

A la requête de la CNA, l'employeur lui a adressé le 18 novembre 2019 le contrat de travail le liant à l'assuré. Il en ressort que ce dernier est entré en fonction le 14 mai 2018, et qu'il a été engagé en qualité de maçon, à plein temps, pour un temps de travail hebdomadaire normal de quarante-deux heures. Le salaire était de 5'800 fr., plus treizième, ainsi qu'un supplément de 360 fr. pour les frais de repas. Il avait droit à cinq semaines, soit vingt-cinq jours, de congés payés par an.

L'extrait du compte individuel AVS de l'assuré a également été requis par la CNA, et versé au dossier le 17 janvier 2020. Il en ressort que l'assuré a été inscrit comme personne sans activité lucrative de 2009 à 2015, et a également touché des indemnités journalières de l'assurance-invalidité en 2011, 2012, 2014 et 2015. Il a ensuite œuvré dès juillet 2015 pour R._____ Sàrl, réalisant pour cette activité un revenu de 18'347 fr. pour les mois de juillet à décembre 2015, de 64'237 fr. en 2016, et de 37'667 fr. pour les mois de janvier à novembre 2017. Il a perçu des indemnités de chômage de décembre 2017 à mai 2018. Seul un salaire de 5'800 fr. en mai 2018 était annoncé, ce pour le compte de A._____ Sàrl.

L'assuré a été examiné le 27 janvier 2020 par le Dr L._____. Dans son rapport du 28 janvier 2020, ce médecin a constaté que l'état au niveau de l'épaule droite n'était pas encore stabilisé, et le serait à maximum une année de la réparation arthroscopique [réd. : du 2 juillet 2019] en l'absence de complication intercurrente.

Par décision du 30 janvier 2020, la CNA a informé l'assuré que, selon ses investigations médicales, aucun lien de causalité certain, ou du

moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement du 27 février 2019 et les troubles du coude droit déclarés, de sorte qu'elle ne pouvait pas allouer de prestations d'assurance pour cette atteinte.

Dans un rapport de consultation du 3 mars 2020, le Dr T. _____ a fait part d'une amélioration consécutive à un changement de physiothérapeute. L'assuré avait toutefois plus de douleurs qu'auparavant au niveau de la sternoclaviculaire à la suite d'un ancien accident ; le médecin lui avait conseillé d'effectuer un CT de la sternoclaviculaire, qui a montré une arthropathie sternoclaviculaire bilatérale débutante, sans prédominance particulière et sans diastasis. Cet examen avait par ailleurs mis en évidence une irrégularité des cartilages costaux des premières côtes avec un aspect hypertrophique notamment à droite, pouvant éventuellement être à l'origine des douleurs. Le bilan avait été complété par une IRM qui avait montré une petite synovite sternoclaviculaire droite, sans œdème osseux sous-chondral.

Aux termes d'un rapport du 6 mai 2020 consécutif à une consultation de l'assuré le 1^{er} mai 2020, le Dr T. _____ a noté que ce dernier allait mieux au niveau de l'épaule, avec une rotation interne qui s'était améliorée, et qu'il progressait bien en physiothérapie. Au status, en flexion, il manquait cinq à dix degrés avec un arc douloureux en fin de mouvement. En rotation interne, il ne manquait plus qu'un travers de main. Il y avait une excellente force en rotation externe coude au corps, au Belly-press résisté et en rotation externe en flexion. Il convenait de poursuivre la physiothérapie et maintenir l'arrêt de travail à 100 % jusqu'au prochain contrôle le 24 juin 2020.

Dans un rapport du 18 juin 2020, le Dr T. _____ a fait état de douleurs apparues vers le trapèze après la prise d'un seau plein d'eau (environ sept kilos). Au status, l'examen était superposable à celui de début mai 2020. Radiologiquement, il n'y avait rien de particulier, notamment pas de diminution de l'espace sous-acromial. En l'absence d'explication permettant de comprendre les douleurs, ce médecin a proposé à l'assuré de demander un second avis au Prof. O. _____,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport du 21 juillet 2020, le Prof. O. _____ a posé les diagnostics de « syndrome douloureux chronique post traumatique scapulo-brachial D, arthrose acromio-claviculaire D et S/p refixation du sous scapulaire D, ténodèse puis ténotomie du long biceps D, refixation arthroscopique du sus épineux D, excision et évidement d'un kyste sous labral postéro-supérieur D et injection de cellules souches le 02.07.2019 ». Ce médecin a noté que l'assuré gardait d'importantes douleurs au niveau de l'épaule droite après une prise en charge chirurgicale avec refixation des sous-scapulaire et sus-épineux, ténodèse et ténotomie du long biceps en juillet 2019. A l'examen objectif, il n'y avait pas de capsulite rétractile avec des douleurs surtout localisées au niveau de l'acromio-claviculaire. Le Prof. O. _____ proposait de compléter le bilan post-opératoire par une arthro-IRM de contrôle afin d'évaluer l'état de la coiffe des rotateurs et de l'acromio-claviculaire, et procéder ensuite à une infiltration test de l'acromio-claviculaire avec corticostéroïde et anesthésique locaux ; si cette infiltration apportait un soulagement significatif, une révision chirurgicale avec résection de la clavicule distale pourrait être proposée.

Par rapport du 25 août 2020, le Dr T. _____ a indiqué qu'une arthro-IRM de l'épaule droite avait montré un status post réparation du tendon du supra-épineux avec un tendon en continuité, sans déchirure transfixiante. Le passage de produit de contraste autour des fils de suture au niveau de l'intervalle des rotateurs était d'aspect banal en post-opératoire. Le status post ténodèse du long chef du biceps était sans complication. A noter également un status post réparation du tendon du sous-scapulaire avec une déchirure partielle de sa face profonde prenant plus de 50 % d'épaisseur de celui-ci. Il n'y avait pas de récurrence du kyste labral postérosupérieur et une stabilité de la déchirure du labrum antérosupérieur sans lésion labrale. Il existait une probable stabilité de la chondropathie gléno-humérale débutante et de l'arthropathie acromio-claviculaire débutante sans poussée congestive ainsi qu'une déchirure partielle proximale du chef latéral du muscle déltôïde déjà partiellement

présente sur l'IRM comparative. Pour le Dr T._____, une intervention chirurgicale ne pouvait pas améliorer la situation. Concernant l'acromio-claviculaire, en l'absence de poussée congestive, ce médecin n'était pas certain qu'elle était responsable des symptômes annoncés. Dans ces conditions, le Dr T._____ laissait le soin au Prof.O._____ de reconvoquer l'assuré.

Aux termes de son rapport du 3 décembre 2020 consécutif à une consultation de l'assuré le 1^{er} décembre 2020, le Prof. O._____ a informé le Dr T._____ qu'il allait réaliser une infiltration test avec corticostéroïde et anesthésiques locaux au niveau de l'acromio-claviculaire afin de déterminer si cette articulation était responsable de la symptomatologie de l'assuré.

Dans un rapport du 10 décembre 2020, le Prof. O._____ a fait part de la réalisation d'une infiltration test de l'acromio-claviculaire droite.

Le 10 février 2021, le Prof. O._____ a constaté l'absence d'amélioration avec l'infiltration test de l'acromio-claviculaire droite, qui avait aggravé les douleurs durant une quinzaine de jours nécessitant une consultation de l'assuré chez son médecin traitant. Le Prof. O._____ ne retenait pas d'indication à une révision chirurgicale chez l'intéressé, qui était par ailleurs totalement opposé à toute nouvelle intervention. Il n'y avait pas de nouveau contrôle prévu.

Le 25 mars 2021, la Dre F._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a rédigé un rapport d'examen final. Elle a posé les diagnostics suivants :

“Diagnostic

- Omalgies D dans les suites d'une déchirure de la coiffe des rotateurs avec lésion subtotale du tendon sous-scapulaire de l'épaule D survenue le 27.02.2019 ayant nécessité une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs en date du 02.07.2019.

Diagnosics secondaires en lien avec les sinistres en charge de la Suva

- Status post-reconstruction collatérale radiale de l'index G avec reconstruction par greffe nerveuse prélevée au niveau du nerf postérieur du poignet G ([...]) ([...] voir l'examen final du 29.06.2016)
- Arthrodèse IPD doigt V D (sinistre [...]) et [...] voir estimation de l'IpAI du 11.01.2006, (l'examen final du 11.01.2006 dans le dossier du sinistre [...])

Diagnostics secondaires.

- Arthrose du coude D.
- Lombalgies chroniques.
- Obésité de classe 2.
- Hypercholestérolémie.
- APP en France en 1988.
- Antécédents de trouble dépressif anamnestiques."

Subjectivement, l'assuré se plaignait de douleurs au moindre mouvement avec une intensité à cinq sur dix et une intensité qui pouvait atteindre cinq à six sur dix aux changements de temps et six sur dix si l'intéressé effectuait un mouvement brusque ou devait prendre quelque chose au-dessus de l'horizontale. L'assuré se plaignait d'une certaine fatigue au niveau de son bras et de son épaule droits et de difficultés à porter des charges supérieures à cinq kilos. Objectivement, la Dre F._____ ne constatait pas d'amyotrophie manifeste de la ceinture scapulaire, ni des bras. La mobilité de l'épaule droite était diminuée dans toutes les amplitudes et l'assuré se plaignait de douleurs aux mouvements au-dessus de l'horizontale mais surtout lorsqu'il devait descendre depuis la position en hauteur. La force au dynamomètre de Jamar était quelque peu discordante lorsqu'on effectuait trois mesures séparées et atteignait trente-sept kilos à droite lorsqu'on effectuait trois mesures en force et répétées et trente-huit kilos à gauche. Les tests de la coiffe des rotateurs étaient tenus mais douloureux et déclarés plus douloureux à la descente. Sur le plan médical, la situation était stabilisée, il n'y avait plus d'intervention chirurgicale à proposer à l'assuré, lequel n'avait plus de suivi médical spécialisé en lien avec son épaule droite et n'était pas suivi par son médecin traitant. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, la médecin d'arrondissement de la CNA a retenu : « pas de mouvements répétés et prolongés avec le MSD [membre supérieur droit], pas de mouvements au-dessus de l'horizontale avec le MSD, pas de mouvements en porte-à-faux avec le MSD, pas de port de charges lourdes

et le bras le long du corps, pas de port de charges supérieures à 5 kg de la taille aux épaules et pas de port de charges au-dessus des épaules ». Dans une activité respectant strictement ces limitations, il n'y avait pas de raison pour que l'assuré ne puisse pas travailler à plein temps, sans diminution de rendement. La profession habituelle de maçon n'était plus exigible. Lorsque ces conclusions lui ont été exposées, l'assuré a déclaré qu'il souhaitait retrouver un travail de surveillant de chantiers avec uniquement lecture de plans, mesures et surveillances des travaux effectués sur les chantiers. Selon la Dre F._____, un tel travail serait « parfaitement adapté » à la situation médicale de l'épaule droite de l'intéressé mais également aux limitations fonctionnelles retenues pour les autres traumatismes. La Dre F._____ proposait, enfin, de fixer à 10 % le taux d'atteinte à l'intégrité, en raison d'omalgies droites dans les suites d'une déchirure de la coiffe des rotateurs avec lésion subtotale du tendon sous-scapulaire de l'épaule droite survenu le 27 février 2019 ayant nécessité une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs en date du 2 juillet 2019.

Le 13 avril 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2021, au motif que la poursuite du traitement médical ne pouvait apporter une amélioration significative de l'état de santé de l'intéressé.

Après avoir procédé aux éclaircissements sur le plan économique (pièces 191 et 192), la CNA a, par décision du 26 mai 2021, refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents plus importante que celle de 10 % fixée pour les suites des accidents de 2004 et 2012. Selon ses constatations, l'intéressé était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre à contribution son épaule droite, d'éviter les travaux au-dessus de l'horizontale et d'éviter de mettre à forte contribution la main gauche. Une telle activité était exigible de sa part durant toute la journée et lui permettrait de réaliser, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), hommes, niveau de compétences 1, en

tenant compte d'un abattement de 5 % pour les limitations fonctionnelles, un revenu annuel de 66'001 francs. Comparé au gain de 68'523 fr. fixé sur l'ESS réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de salaire correspondant à un degré d'invalidité de 4 % à compter du 1^{er} mai 2021. La CNA a, en revanche, alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 14'820 fr. (taux de 10 %, sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. en 2019). Cette prestation a été versée le jour même à son bénéficiaire.

A l'appui de ses observations du 28 juin 2021, désormais assisté par Me Adrienne Favre, l'assuré a demandé à la CNA de réformer sa décision en concluant à la reconnaissance de son invalidité à la suite de son dernier accident, de poursuivre, respectivement reprendre, le versement d'indemnités journalières jusqu'au prononcé de la décision à rendre et de constater qu'il présentait une atteinte à l'intégrité supérieure à 10 % ; subsidiairement, il demandait à la CNA de reprendre l'instruction et de poursuivre, respectivement reprendre, le versement d'indemnités journalières.

Par décision sur opposition du 26 août 2021, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 26 mai 2021. Pour son calcul du droit à la rente, elle a, sur la base des données statistiques, comparé un revenu sans invalidité de 68'523 fr. avec un revenu d'invalidité de 65'805 fr. dont il résultait une perte de gain correspondant à un degré d'invalidité de 4 %.

B. Par acte du 27 septembre 2021, C._____, représenté par Me Adrienne Favre, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant avec dépens à sa réforme en ce sens qu'il est admis qu'il est « invalide à 100 % et une rente correspondante lui est octroyée », subsidiairement à ce qu'il est ordonné toutes les mesures d'instruction nécessaires pour déterminer son éventuelle capacité de gain résiduelle effective et réformer en conséquence la décision sur opposition attaquée, et très subsidiairement à la réforme de la décision sur opposition litigieuse « dans le sens qu'il est

constaté [qu'il] est devenu invalide à la suite de son accident à un taux supérieur ou égal à 29% » ; plus subsidiairement encore, à la réforme de la décision sur opposition querellée « dans le sens qu'il est constaté que le recourant est devenu invalide à la suite de son accident à un taux supérieur à 10% et qui est fixé en fonction des mesures d'instruction complémentaire et de l'appréciation du Tribunal de céans ».

Le recourant se plaint en premier lieu d'une instruction insuffisante et d'une mauvaise appréciation des faits. Il reproche à la CNA de ne pas avoir examiné concrètement s'il était capable de réaliser le salaire retenu en fonction de son âge, de ses compétences linguistiques et de son état de santé, estimant que les espérances de gain d'un homme partiellement invalide de soixante ans, obèse, ne maîtrisant pas le français, ne sont pas les mêmes que celles d'un homme francophone de soixante ans avec une grande expérience dans l'administration et ayant subi un accident entraînant une légère invalidité. Aux yeux du recourant, ses nombreux problèmes de santé (obésité, lombalgie, douleurs chroniques aux bras et aux épaules entraînant des limitations fonctionnelles) sont suffisants pour déterminer que son invalidité est totale. Il argue du fait qu'il n'est plus capable de travailler sur les chantiers alors que c'est le seul domaine qu'il ait connu, estimant que sa capacité de gain résiduelle aurait dû être vérifiée au moyen d'une mesure d'observation dans divers environnements professionnels. Dans un autre moyen, il expose que les conclusions de l'examen final du 24 mars 2021 de la Dre F. _____ divergent fondamentalement de ses déclarations, le recourant relevant à cet égard qu'il conteste le fait qu'il ait été disposé à reprendre un travail de surveillant de chantier avec simple lecture de plans, mesures et surveillance, dès lors que cette activité s'était révélée inadaptée à son état de santé, et avait occasionné l'accident de 2019. Pour lui, il est illusoire qu'un employeur engage un surveillant de chantier qui n'est pas en mesure de prêter assistance aux ouvriers en portant des matériaux ou en les assistant à des travaux lourds. Il estime donc choquant de lire qu'il présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qui respecterait ses limitations fonctionnelles et que l'activité de surveillant de chantier serait parfaitement adaptée, mettant cette affirmation sur le compte de sa maîtrise toute relative du français, et

déplorant au moins implicitement l'absence d'interprète. Pour lui les incohérences de l'« expertise » de la Dre F._____ justifient que soit ordonnée une expertise judiciaire, en présence d'un interprète, afin de déterminer sa réelle capacité de gain, en prenant compte l'ensemble de sa situation et de ses antécédents, et au besoin en l'observant dans un réel environnement professionnel. Dans un autre grief, il revient sur l'abattement de 5 % opéré par la CNA en regrettant que celui-ci n'ait été justifié que par ses limitations fonctionnelles. Il plaide dans ce cadre qu'il est déjà invalide à 10 % d'une précédente atteinte, et souffre donc d'autres limitations fonctionnelles venant s'ajouter aux conséquences de l'accident de 2019, qu'il a des problèmes moteurs des bras droit et gauche, qu'il est âgé de soixante ans, portugais, ne parle pas bien le français, n'a d'expérience que des chantiers, est obèse, et souffre de problèmes de dos compromettant sa réinsertion professionnelle. Il estime que les métiers manuels sont exclus vu ses nombreuses atteintes, qu'il n'a aucun diplôme reconnu en Suisse, et souffre déjà de lombalgies qui risquent de s'aggraver. Il estime ainsi que ces différents facteurs (âge, langue, handicap, formation) vont péjorer très largement ses chances de trouver un travail même de niveau de compétence 1, si bien que c'est un abattement de 25 % qui doit être opéré, ajoutant qu'il sort d'une longue période d'arrêt de travail qui l'a encore rapproché de l'âge de la retraite. Selon lui, si on opère l'abattement de 25 % qu'il demande, alors son taux d'invalidité s'établirait à 24 %. La CNA ayant cependant oublié d'intégrer son treizième salaire pourtant prévu par la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (CCT), c'est un gain de 74'233 fr. 25 qui devrait être retenu sans invalidité, à comparer à celui de 52'106 fr. avec invalidité, conduisant à un taux d'invalidité de 30 %.

Par réponse du 4 novembre 2021, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 6 janvier 2022, le recourant a modifié le chiffre IV de ses conclusions en ce qu'il est reconnu invalide à 40 % et la rente correspondante allouée. Il a à nouveau fait valoir que l'instruction menée par la CNA avait été insuffisante, qu'un abattement de 25 % aurait

dû être opéré sur le revenu d'invalidé pour le cas où il n'était pas reconnu totalement invalide, et a contesté le revenu sans invalidité, estimant qu'il devait être revu à la hausse et fixé à 5'793 fr., versé treize fois l'an, plus 10.6 % pour les vacances, conformément à la CCT (et non 8.33 %), soit 83'291 fr. 75 (et non 74'233 fr. 25 comme indiqué dans le recours). Comparé au gain d'invalidé de 52'106 fr. par an vu l'abattement de 25 %, il en résultait un taux d'invalidité de 37.44 %, « qu'il conviendra d'arrondir à 40 % ».

Par duplique du 13 janvier 2022, la CNA a maintenu intégralement ses conclusions tendant au rejet du recours.

Par déterminations du 31 janvier 2022, le recourant a requis que son gain de valide soit fixé en tenant compte du dernier revenu ou salaire que percevrait un employé de classe salariale « Q », se prévalant d'un certificat de capacité professionnelle reconnu, son dernier employeur l'ayant considéré comme un employé de classe « Q » et rémunéré en conséquence. Il a maintenu que son gain de valide devait être fixé à 83'291 fr. 75.

Le 4 février 2022, la CNA a rappelé que le recourant avait certes obtenu un certificat de capacité professionnelle en tant que maçon lorsqu'il travaillait en France dans les années 1982 à 1992. Toutefois, il avait également confirmé dans son recours qu'il ne disposait d'aucun diplôme reconnu en Suisse. Pour cette raison, la CNA avait retenu la classe de salaire B (ouvrier de la construction avec connaissances professionnelles) et était parvenue à un revenu sans invalidité de 68'523 fr., compte tenu du treizième salaire du recourant. Par ailleurs, le salaire horaire ne devait pas comprendre l'indemnité de vacances dès lors que les jours correspondants de vacances n'étaient pas déduits du temps de travail annuel. Il en résultait que ladite indemnité n'avait pas à être prise en considération dans le calcul du gain hypothétique de valide. La CNA était d'avis qu'elle était ainsi fondée à retenir un revenu sans invalidité de 68'523 fr., qui, comparé au revenu d'invalidé de 65'805 fr., conduisait à une perte de gain de 4 %.

A la requête de la juge instructrice, la CNA a produit le 21 février 2023 un lot de quatre CD-ROM contenant ses dossiers.

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 point de savoir si l'intimée était fondée à ne pas reconnaître au recourant d'incapacité de gain plus élevée que celle fixée à 10 % pour les séquelles des accidents de 2004 et 2012. Il s'agit plus particulièrement d'examiner l'exigibilité retenue dans une activité adaptée des suites de l'événement du 27 février 2019, l'abattement qui a été opéré dans le cadre de la fixation du revenu d'invalidé, ainsi que le montant du revenu de valide.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est quant à elle pas contestée, ni la stabilisation de l'état de santé constatée à la suite de l'examen médical de la DreF. _____ du 24 mars 2021.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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 et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une

activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

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) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

La jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (TF 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2, *in* SVR 2010 UV n° 17 p. 63 ; U 492/00 du 31 juillet 2001, *in* RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d). En outre, le juge ne peut pas écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même minimes quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.7).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation

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

6. Le recourant fait en premier lieu grief à la CNA d'avoir mené une instruction insuffisante et se plaint d'une mauvaise appréciation des faits par la CNA, estimant que ses problèmes de santé doivent conduire à le reconnaître invalide à 100 %.

Il fait pour l'essentiel valoir que la Dre F._____ a retenu à tort qu'il lui aurait dit qu'il souhaitait retrouver un travail de surveillant de chantier avec uniquement lecture de plans, mesures et surveillance des travaux effectués sur le chantier. Cela étant, indépendamment du fait que l'on peine à comprendre pourquoi la Dre F._____ aurait fait figurer ces indications dans son rapport si elles ne sont pas conformes à ce qui a été discuté avec le recourant, il reste que ce dernier, dans une activité adaptée, présente bien une capacité de travail entière sans baisse de rendement des suites de l'événement du 27 février 2019.

Comme l'a exposé avec soins la Dre F._____ dans son rapport du 25 mars 2021, objectivement il n'y a pas d'amyotrophie manifeste de la ceinture scapulaire, ni des bras. La mobilité de l'épaule droite est certes diminuée dans toutes les amplitudes et l'assuré se plaint de douleurs aux mouvements au-dessus de l'horizontale mais surtout lorsqu'il doit descendre depuis la position en hauteur. La force au dynamomètre de Jamar est quelque peu discordante lorsqu'on effectue trois mesures séparées et atteint trente-sept kilos à droite lorsqu'on effectue trois mesures en force et répétées et trente-huit kilos à gauche. Les tests de la coiffe des rotateurs sont tenus mais douloureux et déclarés plus douloureux à la descente. Sur la base de son examen clinique, ainsi

que des déclarations de l'assuré et de l'ensemble des pièces du dossier, la Dre F. _____ a ainsi posé les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de mouvements répétés et prolongés avec le MSD [membre supérieur droit], pas de mouvement au-dessus de l'horizontale avec le MSD, pas de mouvements en porte-à-faux avec le MSD, pas de port de charges lourdes et le bras le long du corps, pas de port de charges supérieures à 5 kg de la taille aux épaules et pas de port de charges au-dessus des épaules ». Les observations de la Dre F. _____ ne sont remises en question par aucun médecin. Le fait que, subjectivement, l'assuré se plaigne de douleurs, d'une certaine fatigue au niveau de son bras et de son épaule droits, ainsi que de difficultés à porter des charges supérieures à cinq kilos, n'empêche pas de retenir la capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

A toutes fins utiles, on relèvera que le recourant était par le passé surveillant d'équipe auprès de la société R. _____ Sàrl, ainsi que cela ressort de la déclaration de sinistre du 25 octobre 2016 lorsqu'il a eu son accident de 2012. Toutefois, c'est bien en qualité de maçon qu'il travaillait pour le compte d'A. _____ Sàrl lorsqu'est survenu l'événement du 27 février 2019, ainsi que cela résulte du contrat produit au dossier. Du reste, l'employeur a également indiqué dans la déclaration de sinistre que c'était en qualité de maçon qu'était engagé l'assuré.

Quant à la demande du recourant d'une mesure d'observation dans divers environnements professionnels, il sied de rappeler que, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, les assureurs-accidents n'allouent pas de prestations sous la forme de réadaptation professionnelle (ATF 134 V 189 consid. 2.3 ; TF 8C_525/2009 du 18 mai 2010 consid. 2.2). Cela relève au contraire, de la compétence de l'Office AI. Cette demande est, dès lors, irrecevable dans le cadre du présent litige.

Pour le surplus, le recourant a indiqué lors de son passage à l'agence le 5 novembre 2019 que sa compréhension du français était suffisante. Il a du reste vu tous les médecins sans être accompagné d'un

traducteur, et les différents intervenants n'ont pas fait état d'un manque de connaissances suffisantes de la langue française empêchant qu'il se fasse comprendre. Il ressort en outre d'un entretien avec la CNA en avril 2005 que le recourant a travaillé en France en tant que maçon de 1982 à 1992. Selon ses déclarations à la Dre F._____ (cf. rapport d'examen final du 25 mars 2021, p. 4), il a deux enfants (un fils de trente-neuf ans et l'autre fils de trente-huit ans) qui vivent dans ce pays. Dans ces conditions, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme qu'il ne comprend pas la langue française.

Pour le reste, un travail de surveillant de chantiers avec uniquement lecture de plans, mesures et surveillance des travaux effectués sur les chantiers, constitue une activité parfaitement adaptée tant à la situation médicale du recourant liée à l'atteinte de son épaule droite qu'aux limitations fonctionnelles retenues pour ses précédents traumatismes (accidents de 2004 et 2012). La Dre F._____ a en effet confirmé les restrictions fonctionnelles retenues lors de l'examen final du 29 juin 2016 pour ce qui concerne l'accident du 8 juin 2012 (sinistre [...]), à savoir : « port de charges de plus de 10 kg, travaux au-dessus du niveau de l'horizontale ou en porte-à-faux, travaux nécessitant une exposition au froid de la main gauche et activités de force et de dextérité fine avec la main gauche ». Quant aux accidents des 23 mars 2004 (sinistre [...]) et du 14 juin 2004 (sinistre [...]), il est retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité légère à hauteur de table ou d'établi, ne sollicitant pas trop le membre supérieur gauche, à 100 %.

Sur la base des observations non contredites et pleinement probantes de la Dre F._____, la CNA était fondée à retenir des suites de l'événement du 27 février 2019 une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

7. Le recourant s'en prend ensuite au calcul du droit à la rente, singulièrement à l'abattement de 5 %, et non 25 %, retenu sur le revenu d'invalidé, ainsi qu'à la détermination du revenu de valide.

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 équilibré du travail (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

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

c) Pour déterminer le revenu sans invalidité, il faut établir quel salaire l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en posant la présomption qu'il aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2).

d) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de

procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

L'âge avancé d'un assuré, comme facteur prépondérant à son empêchement de maintenir sa capacité de gain, n'est pas pris en considération de la même manière en assurance-invalidité qu'en assurance-accidents, dans laquelle l'art. 28 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), en lien avec l'art. 18 al. 2 LAA, commande de faire abstraction du facteur de l'âge pour les deux termes de la comparaison des revenus (ATF 134 V 392 consid. 6.2 ; 122 V 418 consid. 3b). L'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité, menée en fonction de la jurisprudence applicable dans ce domaine pour les assurés qui se trouvent proches de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse (ATF 143 V 431 consid. 4.5 ; 138 V 457 consid. 3.1) n'a, dès lors, pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Au contraire, l'art. 28 al. 4 OLAA vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité de l'assurance-accidents qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse (TF 8C_37/2017 du 15 septembre 2017 consid. 6.1 et les références).

Le Tribunal fédéral a écarté à maintes reprises les difficultés linguistiques, en ne retenant pas d'abattement supplémentaire à ce titre, notamment pour un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années (TF 8C_311/2015 du 22 janvier 2016 consid. 4.5), ni pour un assuré né en 1966 arrivé en Suisse en 1984 à l'âge de dix-huit ans (TF 8C_910/2010 du 8 septembre 2011 consid. 6.3), ni pour un assuré en Suisse depuis vingt ans (TF 8C_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2) ou depuis une trentaine d'années (TAF I 450/04 du 6 octobre 2005 consid. 5.2 ; DAVID IONTA, Fixation du revenu d'invalidé selon l'ESS, *in* : Jusletter 22 octobre 2018, n. 221 s.).

Le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas, selon la jurisprudence, un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de

compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 ; 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5).

e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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).

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

f) S'agissant du revenu avec invalidité, et bien que la Dre F. _____ ait retenu l'exercice d'une profession comme celle de surveillant de chantier, la CNA a tenu compte d'une activité simple et répétitive de niveau de compétence 1 dans le calcul du gain hypothétique d'invalidité.

Cette valeur statistique s'applique, comme l'a maintes fois rappelé le Tribunal fédéral, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans les travaux légers (par exemple, TF 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1 et la référence). Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (par exemple, TF 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.3.3). Les critiques du recourant ne sont donc pas de nature à sérieusement remettre en question l'exigibilité de l'exercice d'une telle activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, de niveau de compétence 1.

g) S'agissant de l'abattement, le recourant plaide qu'il est déjà invalide à 10 % d'une précédente atteinte, et souffre donc d'autres limitations fonctionnelles venant s'ajouter aux conséquences de l'accident de 2019, qu'il a des problèmes moteur des bras droit et gauche, qu'il est âgé de soixante ans, portugais, ne parle pas bien français, n'a d'expérience que des chantiers, est obèse, et souffre de problèmes de dos compromettant sa réinsertion professionnelle. Il estime que les métiers manuels sont exclus vu ses nombreuses atteintes, qu'il n'a aucun diplôme reconnu en Suisse, et souffre déjà de lombalgies qui risquent de s'aggraver. Il estime ainsi que c'est un abattement de 25 % qui doit être opéré, ajoutant qu'il sort d'une longue période d'arrêt de travail qui l'a encore rapproché de l'âge de la retraite.

Or le recourant présente diverses pathologies qui ne sont pas du ressort de la CNA (lombalgies chroniques, obésité, hypercholestérolémie, probable diabète débutant) ; quant aux séquelles de ses précédents accidents, elles ont déjà été prises en compte. Ainsi,

pour les seules séquelles de l'accident de février 2019, l'abattement de 5 % retenu par la CNA peut être confirmé.

On précisera encore, quant à l'âge, qu'il ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique, et ne justifie donc pas la prise en compte d'un abattement supplémentaire à ce titre.

Le fait que le recourant soit de nationalité portugaise ne s'avère pas non plus pertinent, dès lors que les salaires statistiques de l'ESS auxquels la CNA s'est référée sont basés sur les revenus de la population résidente tant suisse qu'étrangère.

Quant au critère de la langue, le recourant, habitant en Suisse depuis près de vingt ans, il ne se justifie pas d'appliquer un abattement supplémentaire à ce titre. Par ailleurs, l'intéressé a également vécu en France, où il a travaillé entre 1982 et 1992, dans le domaine de la construction. Il a deux enfants issus d'un premier mariage qui vivent dans ce pays. Le versement d'une rente française atteste que le recourant a déjà eu à communiquer avec des services administratifs de langue française.

Enfin, s'agissant du critère de l'expérience du recourant sur les chantiers, seul domaine qu'il ait connu, il convient de rappeler que la CNA a retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, simple et répétitive, de niveau de compétence 1, qui ne requière ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de telle sorte qu'il ne se justifie pas de procéder à un abattement supplémentaire à ce titre. Estimant qu'il n'est plus qu'en mesure d'exercer une activité principalement manuelle mais uniquement des emplois de bureaux, le recourant perd de vue que le revenu d'invalidé retenu par la CNA (5'417 fr., ligne 01-96) vaut tant pour des activités dans le secteur « 2 Production » que dans le secteur « 3 Services » ; il est loisible à l'intéressé d'opter pour l'exercice d'une activité de bureau, niveau de compétence 1, qui ne requière ni formation ni expérience spécifique.

L'abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé doit ainsi être confirmé.

h) S'agissant enfin du gain de valide, le recourant l'estime à 83'291 fr. 75, alors que la CNA l'établit à 68'523 fr. sur la base de l'ESS.

Comme rappelé ci-dessus (let. c), le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé.

En l'occurrence, lorsqu'est survenu l'événement du 27 février 2019, l'assuré était sous contrat avec A. _____ Sàrl depuis le 14 mai 2018, et il y a lieu de se fonder sur la présomption selon laquelle il aurait continué à exercer cette activité. Certes, il ne l'exerçait pas depuis longtemps, et seul un salaire a été annoncé au compte individuel AVS. La CNA n'a toutefois pas mis en doute l'exercice effectif de cette activité. A la lecture de son extrait de compte individuel AVS, l'assuré n'a cependant jamais perçu le salaire annuel avancé de 83'291 fr. 75. Selon ses fiches de salaire pour les mois de décembre 2018, janvier et février 2019, il percevait la somme de 5'800 fr. plus treizième salaire (cf. pièce 88). Selon le contrat de travail, il avait droit à cinq semaines de vacances payées par an, qu'il n'y a pas lieu d'ajouter, contrairement au calcul du recourant. Il en résulte ainsi un gain de valide de 75'400 fr. (5'800 fr. x 13). Comparé au revenu d'invalidé de 65'805 fr., que les parties ne remettent pas en cause et qui peut être confirmé, il en résulte un degré d'invalidité de 12,72 %, arrondi à 13 % (ATF 130 V 121), qui constitue la rente complémentaire à laquelle le recourant peut prétendre à compter du 1^{er} mai 2021.

8. Le dossier contenant suffisamment d'éléments pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire apparaît inutile. Il convient en effet de rappeler que si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves

fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; TF 8C_731/2018 du 15 mars 2019 consid. 6.2).

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente de l'assurance-accidents fondée sur un degré d'invalidité de 13 % à compter du 1^{er} mai 2021.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 1^{er} février 2023 par Me Adrienne Favre, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, au mandataire du recourant.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 26 août 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que C. _____ a droit à une rente fondée sur un degré d'invalidité de 13 % dès le 1^{er} mai 2021.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à C. _____ une indemnité de dépens fixée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Adrienne Favre (pour C. _____),
- 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).

Le greffier :