

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mars 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et Mme Hempel-Bruder, assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 et 44 LPGA ; art. 6 et 19 LAA.

E n f a i t :

A. **a)** H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, exploitait une entreprise de conciergerie en raison individuelle, à titre accessoire. Depuis le 1^{er} mars 2016, il travaillait également en tant que jardinier pour P._____ Sàrl. Il était assuré à ce titre 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). Il était également l'associé gérant de cette société, avec signature individuelle, depuis le 24 mai 2016.

Le 7 novembre 2016, l'employeur a annoncé à la CNA que le 1^{er} novembre précédent, l'assuré avait chuté d'une échelle d'une hauteur de 2 à 2,5 mètres alors qu'il taillait une haie, en se réceptionnant de côté sur la fesse gauche. La CNA a pris en charge les suites de cet accident sous la référence 27.11488.16.5 (cf. courrier du 28 décembre 2016).

Après qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 8 novembre 2016 a mis en évidence une extrusion médiane L2-L3 luxée vers le bas et paramédiane et récessale gauche en L3-L4 avec une compression de la racine de L3 à gauche, sans fracture, l'assuré s'est fait opérer le 13 décembre 2016 par le neurochirurgien B._____. Cette intervention était justifiée par la hernie discale L2-L3, la radiculopathie L3 gauche, la claudication et le déficit de la force au niveau du muscle ilio-psoas et du quadriceps gauche. Les suites de l'opération étaient favorables, avec la persistance d'un problème de coordination neuro-musculaire (rapports de 20 février et 11 mai 2017 du Dr B._____).

En parallèle, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le 21 juin 2017.

L'assuré a séjourné à la Clinique D._____ (ci-après : la Clinique D._____) du 27 septembre au 31 octobre 2017, puis a repris son activité habituelle à 20 %, en l'augmentant progressivement (cf.

rapport du 28 novembre 2017 de la Clinique D._____ et certificats médicaux des 30 octobre et 29 novembre 2017). Dans un rapport de consultation de contrôle du 29 novembre 2017, le chef de clinique de la Clinique D._____ a constaté qu'un an après la cure de la hernie discale, l'évolution était plutôt favorable tant sur le plan fonctionnel que celui des douleurs, même si elles persistaient. Le médecin a estimé qu'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle serait difficile à atteindre, mais une augmentation progressive et rapide, par paliers de 10 %, de la capacité de travail pourrait se faire. L'assuré restait limité dans les activités nécessitant un maintien prolongé d'une position du tronc en porte-à-faux, avec des mouvements répétitifs du tronc et un port de charges répété de plus de 15 à 20 kg.

Une IRM cervicale et lombaire réalisée le 17 mai 2018 a mis en évidence, au niveau cervical, des altérations dégénératives pluri-étagées surtout présentes en C6-C7, avec à ce dernier niveau, un débord discal circonférentiel postérieur marqué surtout au niveau des récessus et des foramens de conjugaison, étant précisé que des conflits avec la racine C7 des deux côtés n'étaient pas exclus, les altérations étant au demeurant stables par rapport au comparatif du 4 avril 2017, et au niveau lombaire, des altérations dégénératives pluri-étagées et un status post laminectomie gauche de L2 et L3, sans conflit radiculaire.

Dans un rapport du 25 septembre 2018, le Dr B._____ a indiqué que l'évolution post-chirurgicale était favorable avec une reprise de l'activité professionnelle. L'assuré ressentait des troubles de la sensibilité dans les membres inférieurs. L'examen neurologique était inchangé par rapport aux évaluations précédentes. Une IRM avait été réalisée le 8 août 2018 mais n'avait pas mis en évidence de récurrence de la hernie discale et avait confirmé la bonne décompression du canal spinal en L2-L3 ainsi que la libération du nerf L3 gauche. Les discopathies multiples, déjà présentes, avaient été retrouvées.

L'assuré a été examiné par la Dre X._____, médecin d'arrondissement de la CNA, le 5 novembre 2018. Dans un rapport du

même jour, la Dre X._____ a retenu les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques persistantes dans le cadre d'un status après hémilaminectomie L2-L3 gauche secondaire à une hernie discale luxée vers le bas en L2-L3 du côté gauche avec compression extraforaminale et intra-foraminale de la racine L3 et du nerf L3 gauche au niveau L3-L4 suite à une chute survenue le 1^{er} novembre 2016, ainsi que de discopathies étagées avec protrusion discale L4-L5 récesso-foraminale droite à base large rétrécissant le trou de conjugaison L4-L5 droit avec possible conflit radiculaire L4 droit et rétrécissement canalaire L3-L4 modéré selon l'IRM du 8 août 2018. Elle a considéré, après son examen, que la situation n'était pas stabilisée et qu'aucune opération n'était envisagée pour le moment. Au vu du syndrome lombo-vertébral très important, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activité statique prolongée avec nécessité de changement et d'alternance de position assis-debout toutes les 10 à 15 minutes, pas de conduite automobile de manière prolongée, pas de port de charges. L'incapacité de travail de 70 % était médicalement justifiée et serait réévaluée.

b) Le 22 novembre 2018, l'assuré a subi un nouvel accident. Alors qu'il descendait les escaliers, sa jambe gauche avait lâché et il avait chuté. En voulant protéger son dos, il avait tenté de se retenir au cadre de la porte puis à la poignée, sans succès. Il était tombé lourdement au sol. L'assuré s'est retrouvé totalement incapable de travailler à la suite de cet accident. P._____ Sàrl a annoncé le cas le 28 novembre 2018 à la CNA, qui l'a pris en charge sous la référence 27.58028.18.9.

Le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté, sur la base d'une IRM réalisée le 5 décembre 2018, que l'assuré présentait une lésion de la coiffe des rotateurs, avec une calcification volumineuse témoignant d'une ancienne tendinopathie de la coiffe et une arthrose acromio-claviculaire non symptomatique (cf. rapport du 6 décembre 2018). Une infiltration étant restée sans effets à long terme (cf. rapport du Dr Q._____ du 21 janvier 2019), le Dr Q._____ a opéré l'assuré le 31 janvier 2019. Il a réalisé une arthroscopie de l'épaule droite avec ablation des calcifications,

une ténotomie du long-chef du biceps, une ablation de la calcification, une bursectomie sous-acromiale, une acromioplastie et une réparation de la coiffe des rotateurs. Les suites de l'opération ont été simples (cf. protocole opératoire du 31 janvier 2019 et lettre de sortie du 18 février 2019).

A la demande du Dr Q._____, l'assuré a consulté le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 19 février 2019, le Dr J._____ a relevé que l'assuré présentait des douleurs lombaires résiduelles à la suite de son accident de 2016, de sa hernie et de l'intervention, laquelle avait été efficace même si cela n'avait pas changé sa qualité de vie. La source des douleurs était difficile à déterminer. Il a préconisé un contrôle par électroneuromyogramme (ENMG) auprès du neurologue N._____, compte tenu de la faiblesse résiduelle au niveau du quadriceps gauche.

L'examen neurologique réalisé par le Dr N._____ a révélé un déficit sensitivomoteur L3-L4 gauche et le bilan électrophysiologique a confirmé des signes de dénervation chronique au niveau L3-L4 et une légère polyneuropathie sensitive d'origine indéterminée. L'assuré présentait des séquelles post-hernie discale et avait développé un certain syndrome des jambes sans repos. Le Dr N._____ a proposé de réaliser un bilan sanguin en raison de la légère polyneuropathie. Il a retenu que l'assuré ne pourrait probablement plus exercer son métier de jardinier. Aucun nouveau contrôle neurologique n'était prévu (rapport du 2 avril 2019).

La CNA a soumis les dossiers de l'assuré à la Dre X._____. Dans un avis du 6 mai 2019, la Dre X._____ a estimé que les troubles mis en évidence sur le plan neurologique étaient en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 1^{er} novembre 2016, uniquement concernant les troubles sensitivo-moteurs L3-L4. La polyneuropathie des membres inférieurs n'était probablement pas en lien avec l'événement, sous réserve du bilan étiologique à effectuer par le médecin traitant. S'agissant de la chute survenue le 22 novembre 2018, la Dre X._____ a demandé à ce que le dossier soit complété.

La CNA s'est vue remettre les rapports du Dr Q. _____ des 16 mai et 4 juin 2019, dans lesquels celui-ci constatait un manque de mobilité et retenait la présence d'une capsulite rétractile, laquelle était confirmée par une IRM. Dans un rapport du 28 août 2019, le Dr Q. _____ constatait une évolution favorable avec une nette amélioration des douleurs et de la mobilité. Il persistait une faiblesse musculaire, notamment dans la réalisation des activités au-dessus du plan de l'épaule. L'assuré avait repris son activité à 20 % et pourrait augmenter progressivement son taux.

c) Dans un rapport du 7 octobre 2019, le Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a constaté des troubles statiques modérés du rachis dorsolombaire avec un syndrome dorso-lombo-vertébral modéré, un syndrome déficitaire L4 gauche sur le plan sensitivomoteur avec un Lasègue et rétro-Lasègue négatifs. L'assuré présentait une exacerbation de lombosciatalgies gauches depuis sa chute de novembre 2018. Le Dr G. _____ a demandé une IRM, suspectant une récurrence de la hernie. Si celle-ci était confirmée, il proposait un avis chirurgical. Le Dr G. _____ a sollicité un avis neurochirurgical auprès du Dr T. _____.

L'IRM de la colonne lombaire réalisée le 11 octobre 2019 a mis en évidence un rétrécissement foraminaux L3-L4 gauche d'origine ostéophytique, un rétrécissement du canal lombaire à ce niveau de grade B et des troubles dégénératifs facettaires prédominant du côté gauche.

Dans un rapport du 4 février 2020, le Dr Q. _____ a fait état d'une bonne évolution subjective et objective post-prise en charge chirurgicale de l'épaule. Il a attesté une capacité de travail à 100 % dès le 1^{er} octobre 2019, concernant l'épaule droite.

Après des infiltrations au niveau du rachis en juin et juillet 2019 (cf. rapports du Centre d'antalgie du [...] des 27 juin et 5 décembre 2019), l'assuré s'est fait opérer le 15 juin 2020 par le Dr T. _____.

ci a réalisé une reprise d'une fenestration interlaminaire L3-L4 gauche et une cure d'une récurrence de la hernie discale. Le Dr T._____ a retenu les diagnostics de radiculopathie L3-L4 gauche sur sténose foraminale L3-L4 gauche, de hernie discale L3-L4 foraminale gauche et de sténose des récessifs latéraux L3-L4 et L4-L5 gauches (protocole opératoire du 15 juin 2020).

Dans un avis du 26 juin 2020, la Dre X._____ a estimé que les troubles ayant nécessité l'opération du 15 juin 2020 étaient en lien de causalité probable avec l'événement du 1^{er} novembre 2016.

Le 22 juillet 2020, le Dr T._____ a constaté une évolution excellente, après l'opération réalisée. L'assuré n'avait pratiquement plus de douleurs.

L'assuré a par la suite repris son activité à 20 % dès août 2020 puis à 30 % dès le 1^{er} octobre 2020. Il effectuait les tâches administratives, parfois sur le terrain mais sans tâches lourdes. Il présentait toujours des douleurs et des lâchages (entretien du 14 janvier 2021).

A la demande de la Dre X._____, la médecin traitante, la Dre K._____, a transmis à la CNA la copie des rapports du 7 octobre 2019 du Dr G._____ et des 19 décembre 2019, 24 février et 6 mai 2020 du Dr T._____.

Après un examen par la Dre X._____ le 5 mars 2021, l'assuré s'est rendu à la Clinique D._____ du 27 avril au 2 juin 2021. Dans leur rapport du 28 juin 2021, les médecins de la Clinique D._____ ont retenu le diagnostic principal de lombo-cruralgies gauches chroniques. Ils ont également posé les diagnostics supplémentaires de lombalgies chroniques à la suite d'un accident de travail du 1^{er} novembre 2016 avec hernie discale L2-L3 luxée vers le bas, discopathies lombaires pluri-étagées, radiculopathie sensitive et motrice L3 et L4 gauche, tendinite du fessier à gauche en décembre 2019 et sténose récessale L3-L4 et L4-L5 des deux

côtés. Ils ont également retenu que l'assuré avait subi, le 22 novembre 2018, une contusion de l'épaule droite avec lésion partielle du supra-épineux et de l'infra-épineux avec calcifications, avec infiltration le 18 décembre 2018, opération le 31 janvier 2019 et infiltration en février 2021 en raison d'une arthrose acromio-claviculaire décompensée. Les médecins ont retenu que dans l'activité habituelle de jardinier-paysagiste, le pronostic de réinsertion était défavorable. La nature physique du travail n'était plus possible en raison des douleurs lors des activités de force. Dans une telle activité, une capacité de travail était de 50 % au maximum, étant précisé que l'assuré était alors capable de travailler dans son activité à 30 %, la situation n'étant pas stabilisée (stabilisation attendue dans un délai de 3 mois). Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans port de charges répétitif et/ou prolongé de plus de 10 kg, sans activité nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux/en position statique debout ou assise ou en flexion/torsion répétées du tronc, le pronostic de réinsertion était favorable. L'assuré devrait changer d'activité, ce qui semblait difficile à envisager, ou celle-ci devrait être davantage aménagée. Les médecins ont relevé des facteurs contextuels pouvant influencer défavorablement le retour au travail.

Dans une appréciation du 26 août 2021, la Dre X. _____ a estimé que l'assuré pouvait effectuer toute activité qui respecte ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas de port de charges répétitif et/ou prolongé de plus de 10 kg, pas d'activité nécessitant le maintien prolongé en porte-à-faux et/ou en position statique debout ou assise ou en flexion/torsion répétées du tronc. Dans son activité habituelle de chef d'entreprise de paysagisme, la capacité de travail n'excédait pas 50 %. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière.

Dans une appréciation séparée du même jour, elle a fixé à 25 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), en se référant à la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. Elle a constaté que l'assuré présentait des douleurs minimales, permanentes, accentuées au repos, qui faisaient suite à une hernie discale. Ces séquelles justifiaient un taux

d'IPAI de 15 %. L'assuré avait également bénéficié d'une laminectomie en décembre 2016 avec une reprise chirurgicale le 15 juin 2020, raison pour laquelle elle a retenu une majoration de 10 %.

Dans des rapports des 18 novembre 2022 et 23 février 2023, le Dr G. _____ a certifié que l'assuré était incapable de travailler à 70 %, en tenant compte des restrictions définitives suivantes : port de charges maximales de 10 kg ponctuellement, position statique prolongée assise ou debout de plus de quelques minutes, torsion et/ou porte-à-faux du tronc, activité à bout de bras et/ou au-dessus du niveau de la taille.

Le 27 mars 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2023, les suites accidentelles étant stabilisées.

Par décision du 8 mai 2023, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 14 % et une IPAI de 37'050 fr., correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 25 %. Elle a retenu que l'assuré était à même, s'agissant des suites de l'accident du 1^{er} novembre 2016, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie respectant ses limitations fonctionnelles. Une telle activité, exigible à 100 %, permettrait de réaliser un salaire annuel de 73'384 fr. calculé sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), pour un homme, niveau de compétences 2. Comparé au gain de 85'135 fr. 70 réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 14 %. Une rente conforme à ce taux était allouée.

L'assuré a formé opposition le 12 mai 2023, contestant la capacité totale de travail retenue par la CNA. Il a relevé que les médecins de la Clinique D. _____ avaient refusé qu'il fasse un essai de travail à 40-50 % et qu'il était toujours en incapacité de travail à 70 % de l'avis de sa médecin traitante et du Dr G. _____. Ce dernier avait encore diagnostiqué une hernie discale à la suite d'une IRM réalisée à la fin de l'année 2022. Il a rappelé qu'il lui était difficile, voire impossible, de quitter

sa société, au vu des enjeux financiers. Il arrivait à planifier sa journée avec des tâches réalisables selon son état, mais en aucun cas à 100 %.

Le 6 juin 2023, l'assuré a adressé à la CNA un rapport du 1^{er} juin 2023 du Dr G._____ et un certificat établi le 2 juin 2023 par sa médecin traitante. Le Dr G._____ relevait que les médecins de la Clinique D._____ avaient constaté une baisse d'endurance même dans une activité légère, que la Dre X._____ n'avait pas retenue. Cette baisse d'endurance s'expliquait par le fait qu'un muscle contracté perdait de la force et ne pouvait se reposer lors des changements de position, seule la position horizontale permettant le repos. L'assuré avait par ailleurs présenté des récurrences de ses lombosciatalgies et des hernies discales depuis 2021. Cliniquement, il présentait un syndrome dorso-lombovertébral avec contracture de la musculature paravertébrale lombaire bilatérale, associée à un probable syndrome radiculaire sensitif déficitaire L4 gauche (vs neuropathie du nerf saphène interne). Sur la base de ces constats, le Dr G._____ confirmait les limitations fonctionnelles déjà retenues et ajoutait celles concernant une activité à bout de bras et/ou au-dessus du niveau des épaules et la baisse globale de l'endurance de 70 %. La capacité de travail dans une activité adaptée était donc de 30 % au maximum. Il n'était pas exclu que l'assuré puisse augmenter à terme jusqu'à 50 % au maximum, moyennant de nouvelles adaptations dans son activité professionnelle. Le Dr G._____ estimait enfin que, sur la base de la table 7, l'IPAI totale se montait à 55-60 %, en tenant compte des douleurs, des récurrences des hernies, des deux opérations du dos, des limitations fonctionnelles particulièrement importantes et du probable déficit radiculaire sensitif L4 gauche. Quant à la Dre K._____, elle évoquait une récurrence des douleurs à l'épaule droite pour laquelle une évaluation du Dr Q._____ était prévue. La capacité de travail était définitivement de 30 %, au vu des douleurs rachidiennes quotidiennes et intenses, avec des cruralgies.

Dans un avis du 26 juillet 2023, la Dre X._____ a estimé que la poursuite des traitements médicaux allait contribuer à éviter une aggravation aiguë de l'état de santé de l'assuré, à raison de quatre

consultations médicales par année, des médicaments antidouleurs et AINS sur prescription, une médication antidouleur type myorelaxant, antiépileptique à visée antalgique et antidépresseur à visée antalgique. La nécessité du traitement devrait être revue dans trois ans. S'agissant de la physiothérapie, elle a constaté que l'assuré effectuait des exercices quotidiens mais qu'une ou deux séries de neuf séances pouvaient être prescrites si besoin.

Dans une appréciation du 10 août 2023, la Dre X. _____ a considéré que l'opposition de l'assuré se fondait sur des considérations non médicales. En l'absence d'arguments médicaux avancés par l'assuré et d'aggravation objective démontrée par les médecins, elle confirmait ses précédentes conclusions. Elle a rappelé que l'assuré avait subi un traumatisme du rachis le 1^{er} novembre 2016 et un nouveau traumatisme de l'épaule droite le 22 novembre 2018. Après une intervention chirurgicale de l'épaule, les douleurs étaient réapparues. Une arthro-IRM de l'épaule droite du 5 décembre 2018 avait mis en évidence des lésions préexistantes. Aussi, les douleurs dont souffrait l'assuré n'étaient plus en lien avec son accident, mais avec les atteintes dégénératives préexistantes à la chute. La Dre X. _____ a pris position sur le rapport du 1^{er} juin 2023 du Dr G. _____.

Par décision sur opposition du 18 août 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. La CNA a retenu que les appréciations des 26 août 2021 et 10 août 2023 étaient pleinement probantes. Aussi, l'assuré était 100 % capable de travailler dans une activité adaptée, alors que sa capacité de travail dans son activité habituelle était de 50 %. Si les enjeux financiers liés à sa société étaient compréhensibles, l'assuré était cependant soumis à l'obligation de diminuer son dommage en trouvant une activité maximisant sa capacité résiduelle de travail, indépendamment du facteur de l'âge. Après comparaison des revenus, la perte de gain s'élevait à 14 %, tout comme le droit à la rente. S'agissant de l'IPAI, les appréciations probantes de la Dre X. _____ pouvaient être suivies et le taux de 25 % confirmé.

B. Par acte du 15 septembre 2023, H._____ a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, concluant à ce qu'une décision objective et juste soit rendue en tenant compte des rapports des Drs G._____ du 4 septembre 2023, K._____ du 12 septembre 2023 et M._____ du 5 septembre 2023. Dans leurs rapports, les médecins prenaient position sur la dernière appréciation de la Dre X._____, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les accidents et les omalgies et lombocruralgies gauches persistantes ainsi que sur l'estimation de l'IPAI. Le recourant a ajouté que l'appréciation de la Dre X._____ avait été établie sans examen et qu'elle ne tenait pas compte des avis divergents des autres médecins.

Par réponse du 16 novembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que la stabilisation de l'état de santé était remise en cause par le Dr M._____ dans son rapport. Or, il s'agissait de se fonder sur l'état de fait existant au moment où la décision sur opposition avait été rendue. À ce moment-là, les douleurs persistaient et il n'était question que d'un traitement antalgique, non susceptible d'améliorer notablement l'état de santé. Le status décrit par le Dr M._____ était au demeurant similaire à celui constaté par la Clinique D._____ en avril 2021. Concernant la capacité résiduelle de travail, la Dre X._____ s'est prononcée dans une appréciation complémentaire du 10 novembre 2023 et a relevé que le Dr G._____ tenait à nouveau compte de facteurs extérieurs et des atteintes préexistantes à l'épaule qui ne sont pas en lien avec l'accident. Elle a retenu qu'il n'existait aucune justification quant au fait que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G._____ impliquaient une baisse de rendement de 70 % dans son activité ou dans toutes activités adaptées.

Les 27 novembre, 14 et 15 décembre 2023, le recourant a contesté l'appréciation de la Dre X._____ en se fondant sur des rapports établis les 13 et 15 décembre 2023 par les Drs G._____ et K._____. Il a également requis qu'une expertise indépendante soit mise en œuvre.

Répliquant le 11 janvier 2024, l'intimée a confirmé ses conclusions. Elle a relevé que le rapport de la Dre K. _____ n'apportait aucun élément nouveau. Quant à celui du Dr G. _____, il contenait des contradictions, notamment dans sa lecture des conclusions des médecins de la Clinique D. _____ à la fin du dernier séjour, ceux-ci ayant conclu que dans une activité adaptée le pronostic de réinsertion était favorable, alors que dans l'activité habituelle une capacité maximale de 30 à 50 % serait possible. L'activité accessoire de conciergerie, toujours exercée par le recourant, ne faisait au demeurant pas partie de la capacité de 30 % retenue par le Dr G. _____, l'intéressé ayant toujours affirmé que ce taux correspondait à celui pratiqué dans son entreprise de jardinage. Enfin, le Dr G. _____ contestait le taux d'IPAI alors que le recourant n'évoquait pas cet aspect dans ses précédentes écritures.

Dans des déterminations du 26 janvier 2024, le recourant a produit un rapport établi le jour même par le Dr G. _____, lequel prenait position sur la réplique de la CNA. Il a ajouté qu'il revoyait le Dr Q. _____ le 23 février prochain pour programmer une opération de son épaule droite.

Les parties se sont encore déterminées les 8 février 2024 (CNA) et 13 février 2024 (recourant). Le recourant a produit une communication du 8 février 2024 de l'OAI, l'informant de la mise en œuvre d'une expertise réalisée par la Dre V. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation.

A la demande de la juge instructrice, l'OAI a produit le 27 mai 2024 le rapport d'expertise de la Dre V. _____ et les parties ont été invitées à se déterminer sur celui-ci.

Dans une écriture du 2 juillet 2024, la CNA a constaté que la Dre V. _____ prenait en considération des diagnostics qui n'avaient pas de lien de causalité avec les accidents assurés, de sorte que ses conclusions ne pouvaient être suivies. Des incohérences, notamment dans l'appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et une

motivation peu détaillée, remettaient également en cause la valeur probante de l'expertise. La CNA a produit à cette occasion une appréciation de la Dre X._____ du 24 juin 2024.

Dans des déterminations complémentaires du 27 septembre 2024, le recourant, désormais représenté par son conseil, a conclu à ce que la décision sur opposition litigieuse soit réformée en ce sens que la CNA lui alloue une rente correspondant à une incapacité de gain de 71 % à compter du 1^{er} mai 2023, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} mai 2025, et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 %. Le recourant a indiqué avoir cessé d'être associé-gérant de son entreprise de jardinage en septembre 2023. Il a contesté la valeur probante de l'appréciation de la Dre X._____, soutenant que celle-ci contenait des incohérences, était sommaire et partielle. Elle rejetait de manière non fondée les avis convergents des médecins traitants, dont l'appréciation devait être suivie. L'expertise de la Dre V._____, mise en œuvre par l'OAI, pouvait également être suivie, celle-ci s'avérant pleinement probante et se fondant sur des diagnostics en lien avec les accidents assurés. Le recourant a encore contesté l'appréciation de sa capacité de travail faite par la Dre X._____, celle de l'experte V._____ devant lui être préférée. Aussi, son revenu d'invalidité devait être calculé sur la base de son revenu effectif, majoré du revenu provenant de son activité accessoire, pour un montant total de 28'052 fr. 35. Son incapacité de gain était donc de 71 %, respectivement 67 %. Enfin, le recourant a estimé avoir droit à une IPAI plus élevée, comme estimée par le Dr G._____ dans son rapport du 1^{er} juin 2023. La Dre X._____ minimisant ses lésions, l'appréciation de l'IPAI devait être confiée à un expert judiciaire.

Le 12 décembre 2024, le recourant a adressé à la Cour de céans un nouveau projet de décision rendu par l'OAI le 6 décembre 2024, reconnaissant notamment le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2021, fondé sur un degré d'invalidité de 70 %. Selon le recourant, l'OAI ayant fondé son projet de décision uniquement sur des atteintes liées à l'accident, le taux d'invalidité calculé devrait être proche ou identique à celui retenu par l'intimée.

E n d r o i t :

1. 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

La partie recourante définit, par ses conclusions, l'objet du litige («*Streitgegenstand*») soumis à l'examen du tribunal. Si la décision contestée porte sur un seul rapport juridique ou si elle est attaquée dans son ensemble, l'objet du litige et celui de la contestation se confondent. En revanche, lorsque la décision règle plusieurs rapports juridiques et que le recours ne porte que sur une partie d'entre eux, les rapports juridiques

non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans celui du litige (ATF 125 V 413 consid. 2a).

b) La décision sur opposition litigieuse porte sur le droit à une rente d'invalidité à charge de la CNA des suites des accidents du 1^{er} novembre 2016 et du 22 novembre 2018 ainsi que sur le droit à une IPAI des suites du premier accident. Le recourant a requis, dans son écriture, à ce qu'une décision objective et juste soit rendue en tenant compte des rapports de ses médecins traitants. Ce n'est qu'une fois représenté par son conseil que le recourant a formulé des conclusions plus précises, dont l'une concerne le taux de l'IPAI. L'intimée estime toutefois que seul le droit à la rente est contesté. Dans la mesure où le recourant a interjeté un recours contre la décision sur opposition en se référant aux rapports de ses médecins traitants, dont celui du Dr G. _____ qui contestait l'appréciation de la Dre X. _____ s'agissant tant des douleurs rachidiennes, des omalgies que de l'IPAI, il y a lieu d'admettre que l'estimation de l'IPAI fait aussi l'objet du recours.

Le litige porte donc sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, plus particulièrement la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée et le degré d'invalidité, ainsi que sur l'IPAI (retenue en l'espèce pour les suites de l'accident de 2016).

c) Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où le premier événement assuré touchant le rachis est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance pour cet événement est soumis à l'ancien droit, tandis que le deuxième événement assuré ayant touché l'épaule droite est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; RO 2016 4375 ; TF 8C_354/2020 du 27 avril 2021 consid. 3 ; 8C_807/2019 du 1^{er} février 2021 consid. 3).

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) 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 (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 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 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

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 références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). En principe, la question *statu quo ante* ou *statu quo sine* est examinée sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la

disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les arrêts cités ; TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 3.2).

e) 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. 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 la personne assurée – 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_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

4. 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) 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_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 ; 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, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles 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 qu'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 (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.7). Ainsi selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. a) En l'espèce, l'assuré a chuté d'une échelle le 1^{er} novembre 2016 et s'est blessé au rachis. Il a souffert de douleurs au dos et présenté une insensibilité de la jambe gauche, avec des limitations fonctionnelles. Il a été opéré les 13 décembre 2016 et 15 juin 2020. L'assuré a été victime d'un deuxième accident dans les escaliers, le 22 novembre 2018. Il a subi une lésion de la coiffe des rotateurs à droite, puis a développé une capsulite rétractile. Il a été opéré le 31 janvier 2019. L'intimée a pris en charge les suites de ces deux événements. Après avoir considéré que

l'état de santé du recourant était stabilisé, la CNA lui a accordé une rente de 14 %. Elle s'est fondée sur les appréciations des 26 août 2021 et 10 août 2023 de son médecin d'arrondissement, la Dre X._____.

b) Le recourant se prévaut de l'appréciation de l'invalidité faite par l'OAI, en particulier les conclusions du rapport d'expertise de la Dre V._____, pour réclamer une rente équivalente à charge de l'intimée. On rappellera à ce stade que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a donc pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Aussi, si les conclusions de la Dre V._____ contredisent celles de la Dre X._____, elles ne peuvent être reprises dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'elles se fondent sur l'état général du recourant, et pas uniquement sur les atteintes qui sont en lien de causalité avec les accidents couverts par la CNA.

Le recourant se plaint également du temps qu'a mis la CNA avant de rendre sa décision. Or, ce n'est qu'une fois que l'état de santé d'un assuré est stabilisé que l'assurance-accidents met fin au versement des indemnités journalières et examine si le droit à une rente est ouvert et si l'atteinte justifie l'octroi d'une IPAI (art. 19 LAA ; cf. consid. 5e ci-dessus). Son grief ne saurait par conséquent être admis.

c) Cela étant, il y a lieu d'examiner l'appréciation de la situation qu'ont faite les médecins, et plus particulièrement celle de la Dre X._____, d'une part, et des Drs G._____ et K._____, d'autre part.

aa) L'intimée a fondé sa décision sur l'appréciation du 26 août 2021 de la Dre X._____. Après avoir pris connaissance du rapport de la Clinique D._____ du 28 juin 2021, la Dre X._____ a estimé que l'assuré pouvait effectuer toute activité qui respectait ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges répétitif et/ou prolongé de

plus de 10 kg, pas d'activité nécessitant le maintien prolongé en porte-à-faux et/ou en position statique debout ou assise ou en flexion/torsion répétées du tronc. La capacité de travail n'excédait pas 50 % dans l'activité habituelle de chef d'entreprise de paysagisme, mais était entière dans une activité adaptée. Dans une appréciation complémentaire du 10 août 2023, elle a rappelé que le recourant présentait des lésions dégénératives préexistantes à sa chute du 22 novembre 2018, mises en évidence par l'IRM du 5 décembre 2018, et que les douleurs dont il souffrait encore n'étaient plus en lien avec sa chute, mais avec cet état maladif antérieur. L'activité habituelle de l'assuré, à savoir coassocié de son entreprise, ne pouvait être considérée comme totalement adaptée, certaines tâches réalisées étant contraignantes pour le rachis, ce qui expliquait les difficultés à augmenter le taux d'occupation à 50 %. La Dre X. _____ a pris position sur le rapport du 1^{er} juin 2023 du Dr G. _____, relevant qu'il n'était pas opportun dans le cas de l'assuré de comparer sa situation avec la fatigabilité musculaire en laboratoire, que les troubles dégénératifs préexistants ne pouvaient pas être pris en compte dans l'appréciation globale des conséquences de l'accident, que l'appréciation de la capacité de travail différait alors que les limitations fonctionnelles retenues étaient superposables aux siennes et que, contrairement à ce que le Dr G. _____ avait relevé s'agissant de l'estimation de l'IPAI, elle n'avait pas tenu compte des lésions dégénératives qui contribuaient à entretenir le syndrome lombo-vertébral et les douleurs. Le Dr G. _____ s'était basé uniquement sur les dires de l'assuré et n'avait pas tenu compte des facteurs contextuels qui influençaient la situation, à savoir une charge importante dans la vie privée et professionnelle de l'assuré. Il n'évoquait pas non plus l'activité accessoire de conciergerie, qui n'était pas entravée par les atteintes au vu des documents versés au dossier.

Concernant l'IPAI, la Dre X. _____ a estimé, dans une appréciation du 26 août 2021, qu'elle pouvait être fixée à 25 % en se fondant sur la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. Elle a tenu compte de douleurs minimales, permanentes, accentuées au repos, qui faisaient suite à une hernie discale. Elles donnaient lieu à un taux d'IPAI de 15 %.

Une majoration de 10 % se justifiait, pour tenir compte de la laminectomie réalisée en décembre 2016 et de la reprise chirurgicale du 15 juin 2020.

bb) Pour leur part, les médecins du recourant estiment qu'il est capable de travailler à 30 % dans son activité habituelle, qui est adaptée. Dans des rapports des 4, 5 et 12 septembre 2023, les Drs G._____, M._____ et K._____ ont en outre relevé plusieurs incohérences dans les appréciations de la Dre X._____.

S'agissant du rachis, le Dr G._____ a constaté que la Dre X._____ n'expliquait pas pourquoi les lombalgies n'étaient plus dues à l'accident, alors que telle était la position de la CNA en 2018 et 2020. Il a ajouté que l'appréciation de la Dre X._____ était incomplète. La Dre X._____ n'avait pas mentionné la première partie des conclusions des ENMG réalisés, à savoir la persistance d'une atteinte sensitivomotrice L3-L4 qui était une séquelle neurologique des hernies post-traumatiques à l'accident du 1^{er} novembre 2016. Elle s'était limitée à constater la présence d'altérations sans rapport avec l'événement incriminé mais pouvant participer aux plaintes de l'assuré. Ces séquelles persistantes mises en évidence par l'ENMG ont toutefois été constatées par d'autres médecins, en particulier la Dre K._____ (rapport du 12 septembre 2023) et le Dr N._____ (rapport du 2 avril 2019).

Concernant les omalgies droites, la Dre X._____ avait retenu que l'IRM du 5 décembre 2018 avait révélé des déchirures tendineuses qui étaient préexistantes à l'accident du 22 novembre 2018. Le Dr G._____ a fait remarquer qu'en l'absence d'examen radiologique antérieur, il fallait se baser sur la qualité musculaire de la coiffe des rotateurs pour juger de l'ancienneté des lésions. En l'occurrence, il n'y avait aucune atrophie musculaire, ni dégénérescence musculaire décrite ou présente, ce qui parlait fortement en faveur de lésions tendino-musculaires récentes, ce que la Dre K._____ a confirmé (rapport du 12 septembre 2023).

S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, le Dr G._____ a constaté que les limitations fonctionnelles retenues par la

médecin d'arrondissement différaient de celles qu'il avait lui-même constatées. Or, les limitations fonctionnelles qu'il avait retenues prenaient en compte les propriétés musculaires en cas de contractures, que l'assuré présentait. La perte d'endurance avait par ailleurs été observée par la Clinique D._____, sans que la Dre X._____ n'en tienne compte. Elle avait en outre estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était totale, alors même que la Clinique D._____ avait retenu que le pronostic était favorable sans en préciser le taux. La Dre X._____ ne prenait pas non plus en considération le fait qu'à partir de 53 ans, il n'y a plus à espérer de perspectives de reconversion. Le Dr G._____ a ajouté qu'il était erroné de la part de la Dre X._____ de retenir que l'assuré effectuait des tontes de gazon inadaptées à son état de santé ce qui limiterait sa capacité de travail. Cette activité s'effectuait une fois par semaine, sur terrain plat, avec une tondeuse autotractée et ne demandait donc ni effort de traction ou de poussée. L'assuré déléguait en outre pratiquement l'entier de son travail de conciergerie à ses collaborateurs, hormis les tâches très légères. S'agissant des facteurs contextuels, que la Dre X._____ lui reprochait de ne pas avoir pris en considération, le Dr G._____ a relevé que, même à considérer que ceux-ci avaient une importance sur la situation et le stress de l'assuré, ils ne remettaient nullement en cause les limitations fonctionnelles constatées.

S'agissant de l'IPAI, le Dr G._____ a expliqué pour quelles raisons les récurrences des hernies discales devaient être prises en compte dans l'estimation générale. Il a relevé que les douleurs présentées étaient permanentes et intenses de jour comme de nuit, que l'assuré souffrait d'un déficit de force et présentait des séquelles neurologiques. Aussi, il fallait tenir compte d'une hernie discale prouvée y compris une sciatique radiculaire à un taux élevé, deux récurrences des hernies, un status post laminectomie (réalisée deux fois), avec des déficits neurologiques permanents et des limitations fonctionnelles particulièrement importantes. Le taux d'IPAI était donc de 55 %. Il fallait encore tenir compte de l'atteinte de l'épaule, à savoir une limitation à 30° au-dessus de l'horizontale, justifiant un taux supplémentaire de 10 %. La Dre K._____,

dans son rapport du 12 septembre 2023, a confirmé l'analyse du Dr G._____.

d) Les prises de position de la Dre X._____ et des autres médecins, en particulier du Dr G._____, divergent quant au lien de causalité entre les atteintes résiduelles et la persistance des douleurs, d'une part, et les accidents des 1^{er} novembre 2016 et 22 novembre 2018, d'autre part, ainsi que sur la question de la capacité de travail résiduelle et du taux de l'IPAI. Leurs prises de position respectives, quant à l'importance et à la portée à donner à l'état antérieur préexistant associé à d'autres facteurs tels que l'âge et le contexte, de même que l'interprétation de l'imagerie, sont tellement divergentes qu'il apparaît difficile de les départager sans connaissances médicales spécialisées. Il en va de même s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail ; si les limitations fonctionnelles paraissent superposables en ce qui concerne les troubles relatifs au rachis, la répercussion sur la capacité de travail est évaluée de manière très différente par les uns et les autres. S'agissant de la baisse de rendement retenue par le Dr G._____ en raison du manque d'endurance lié à des contractures musculaires, on ignore si ces contractures sont en lien de causalité avec l'accident et quels sont leurs effets objectifs. L'estimation de l'IPAI diffère également entre les médecins, qui ne s'accordent pas sur les critères d'appréciation pour l'atteinte au rachis ni sur la prise en considération de l'atteinte de l'épaule. On ne voit donc pas, dans les explications avancées de part et d'autre, de motifs reconnaissables pour le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit de l'autre en raison d'une valeur probante insuffisante. On ignore également si tous les facteurs médicalement déterminants ont effectivement été pris en compte.

Les autres rapports au dossier ne permettent pas non plus d'écarter l'avis d'un des médecins au profit d'un autre. En effet, le rapport du 28 juin 2021 de la Clinique D._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ni sur les atteintes à l'épaule. Quant à l'expertise diligentée par l'OAI, elle met certes en doute

les conclusions de la Dre X._____, mais elle ne se fonde pas uniquement sur les atteintes consécutives aux accidents dont la CNA répond.

Dans la mesure où le cas du recourant a été réglé sans avoir recours à une expertise et où il existe bien des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance-accidents, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant (cf. consid. 4b supra). Dès lors qu'il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 132 V 368 consid. 5), la cause sera renvoyée à la CNA, afin qu'elle mette en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant.

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, la cause étant renvoyée à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 18 août 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à H._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour H._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :