

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 378 vom 25. September 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-09-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__378

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 378 du 25 septembre 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 378 del 25 settembre 2020

Regeste

AA, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, FORCE PROBANTE, RENTE D'INVALIDITÉ, REJET DE LA DEMANDE, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 18 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 4 LPGA, 11 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 25.09.2020 Arrêt / 2020 / 378

AA, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, FORCE PROBANTE, RENTE D'INVALIDITÉ, REJET DE LA DEMANDE, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 18 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 4 LPGA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 163/17 - 142/2020 ZA17.055233 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 25 septembre 2020 _____ Composition : Mme Dessaux ,
présidente Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Oppikofer, assesseur Greffier : M.
Klay ***** Cause pendante entre : J. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Jana
Burysek, 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. 4, 16 LPGA ; art. 6 al. 1, 18 al. 1 LAA ; art. 11 OLAA E n f a i t : A. J. _____
(ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme maçon auprès de
X. _____ SA depuis le 30 septembre 2011. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse
nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les
suites des accidents professionnels et non professionnels. Par déclaration d'accident du
10 octobre 2011, l'employeur a annoncé un accident dont avait été victime l'intéressé le
30 septembre 2011. Il était indiqué que l'assuré avait fait une chute et était tombé sur son
poignet droit. En avait découlé une luxation audit poignet droit. Le 13 octobre 2011, la
CNA a informé l'intéressé qu'elle lui allouait les prestations d'assurance pour les suites de
l'accident professionnel du 30 septembre 2011. Aux termes d'un rapport du 23 décembre
2011, la Dre M. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a
notamment indiqué avoir mis l'assuré à l'arrêt de travail depuis le 22 décembre 2011. Une
réévaluation aurait ensuite lieu. Dans un rapport du 25 janvier 2012, le Dr F. _____,
spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic d'absence d'atteinte
électrophysiologiquement significative du nerf ulnaire droit au poignet mais également au
coude. Le 10 avril 2012, l'assuré a précisé à un collaborateur de la CNA notamment ce qui
suit (sic) : « [...] Le 30 septembre 2011, M. J. _____ a passé sa journée à poser du
crépis. Il y avait environ un mois qu'il se trouvait sur ce chantier et qu'il faisait ce travail de
crépiçage, sur des murs en béton qu'on chargeait d'environ 1,5 cm de matière. Tout se

faisait à la main, soit projeter à la truelle puis passer la taloche. C'est durant ce travail, après un mois à ne faire que cela, que M. J. _____ a senti des douleurs dans son poignet droit. Il n'est pas tombé. Il n'y a pas eu de choc sur ce poignet, ni de torsion ou quoi que se soit de spécial. Quelques jours plus tard, M. J. _____ se souvient avoir du se retenir au sol avec la main droite, après avoir glissé. Il avait eu un peu plus mal alors mais ce n'a rien changé aux douleurs qui étaient déjà là et ne passaient pas. Il y a eu 2 semaines d'arrêt de travail mais M. J. _____ dit que cela n'a servi à rien, qu'il avait toujours des douleurs. [...] » Le 30 avril 2012, le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a expliqué qu'il n'y avait pas d'accident à l'origine des troubles et que l'événement survenu début octobre n'avait manifestement rien entraîné. Par rapport du 30 avril 2012, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé le diagnostic d'entorse du poignet droit, indiquant une chute d'une hauteur d'un mètre avec réception sur le poignet droit survenue le 28 septembre 2011. Le 13 juillet 2012, la CNA a expliqué estimer qu'ensuite de l'événement du 30 septembre 2011, l'assuré était à nouveau apte au travail à 100 % dès le 17 octobre 2011 et que le traitement médical s'était terminé également à cette date. B. Par déclaration de sinistre du 22 avril 2013, X. _____ SA a annoncé une rechute concernant l'assuré le 13 mars 2013, en relation avec l'événement du 30 septembre 2011. En parallèle, dans un rapport de radiographies de l'épaule et de la clavicule droites du 13 mars 2013, le Dr Q. _____, spécialiste en radiologie, a décrit que les incidences de face en rotations interne et externe ne montraient pas de lésion traumatique au niveau scapulo-huméral ni au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, la démonstration d'une petite densité de tonalité calcique en regard du rebord supérieur de la glène, pouvant correspondre soit à une calcification dans l'un des tendons de la coiffe ou encore au niveau labral, une discrète sclérose du bord supérieur du tubercule majeur et quelques remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire. Aux termes d'un rapport de radiographies du poignet droit face profil du 13 mars 2013, le Dr Q. _____ a mentionné une variance ulnaire nulle, ainsi que l'absence de fracture au niveau du poignet, des os de l'avant-bras ou des métacarpiens, de diastasis scapho-lunaire ou luno-triquetral, d'évidence (sic) bascule anormale des os du carpe, avec angle scapho-lunaire, angle radio-capital dans les limites de la norme, et de lésion osseuse focale suspecte. Par rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du poignet droit du 13 mars 2013, le Dr Q. _____ a conclu à une arthro-IRM du poignet droit démontrant une déchirure du ligament scapho-lunaire sur son versant dorsal et potentiellement sur son versant palmaire également, à une lésion du ligament luno-triquétral sur son versant dorsal, à des altérations ne s'accompagnant pas de diastasis ou d'altérations cartilagineuses de ces différents os, à un remaniement de l'insertion ulnaire du complexe fibrocartilagineux triangulaire (ligament entre cubitus et carpe ; ci-après TFCC), y compris les ligaments radio-ulnaires palmaires et dorsaux, sans déchirure démontrée, à une possible petite brèche dans le TFCC, à une possible petite tendinopathie associée de l'extenseur ulnaire du carpe au niveau de son passage de la styloïde ulnaire et à une érosion cartilagineuse du pôle proximal de l'hamatum sur sa moitié palmaire, sur toute l'épaisseur du cartilage. Dans un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 18 mars 2013, le Dr Q. _____ a conclu à une lésion antéro-postérieure du labrum supérieur (SLAP) de type 2c du labrum glénoïdien, à une tendinopathie de 7 mm du tendon supra-épineux, débutant à 5 mm de son insertion humérale, et à une petite bursite sous acromio-deltoïdienne associée à cette altération ou associée à l'atteinte dégénérative relativement proéminente de l'articulation acromio-claviculaire. Aux termes d'un rapport

du 15 mai 2013, la Dre M. _____ a, dans le cadre de la rechute, posé les diagnostics de déchirures du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-triquétral du poignet droit, de lésion SLAP de type 2c du labrum glénoïdien de l'épaule droite et de tendinopathie du tendon supra-épineux. L'assuré lui avait indiqué une chute en avant sur les bras, avec douleurs au niveau du poignet droit, puis l'apparition de paresthésies dans toute la main et lâchages d'objets. La Dre M. _____ a constaté des douleurs du poignet droit quand l'intéressé serrait la main, ainsi qu'au niveau du coude et de l'épaule droits. Par rapport du 14 juin 2013, le Dr [...] a posé les diagnostics, concernant l'épaule droite, de SLAP de type 2 avec désinsertion du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur et de l'insertion du tendon du long-chef du biceps, de lésions du tendon du sus-épineux non transfixiantes et, au niveau du poignet droit, de déchirure du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-triquétral, ainsi que de probable déchirure du ligament triangulaire. Le Dr N. _____ a constaté des douleurs à la mobilisation de l'épaule droite, surtout lors des mouvements contre résistance, et des douleurs du poignet dans les mouvements de flexion et à la palpation de l'articulation radio-cubitale distale. Selon lui, ces constatations concordaient avec l'événement invoqué par l'intéressé et semblaient plausibles. Le 21 juin 2013, la CNA a indiqué à l'assuré qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 30 septembre 2011. Le 5 juillet 2013, l'intéressé a subi une intervention menée par le Dr N. _____, consistant en une suture du ligament scapho-lunaire du poignet droit avec double embrochages, une suture et réinsertion dorsale du ligament triangulaire du poignet droit et chondrectomie de propreté du pôle proximal de l'hamatum. Dans un rapport du 9 septembre 2013, ce médecin a expliqué qu'au niveau du poignet droit, l'évolution semblait favorable ensuite de ladite intervention. Le pronostic était bon. Par rapport de radiographies du poignet droit, face et profil, du 2 septembre 2013, le Dr R. _____, spécialiste en radiologie, a décrit un status huit semaines après embrochage du ligament scapho-lunaire en raison d'une déchirure de ce ligament, sans anciens clichés standards à titre comparatif. Les radios actuelles montraient une situation correcte de deux broches traversant depuis le côté radial du poignet à la fois l'os scaphoïde et l'os semi-lunaire en passant à travers le ligament scapho-lunaire. Le Dr R. _____ relevait la persistance d'un léger diastasis entre le scaphoïde et le semi-lunaire avec une distance de 3 mm séparant ces deux os. Il mentionnait en outre une légère décalcification osseuse des os du carpe, sans signes d'un syndrome de Sudeck, une petite érosion déjà décrite de l'os crochu dans sa partie proximale et une arthrose de l'articulation radio-cubitale distale se manifestant par un pincement articulaire avec ostéophytose marginale. Le 6 septembre 2013, l'intéressé a subi une intervention menée par le Dr N. _____, soit l'ablation des deux broches. Le 19 novembre 2013, une opération a été effectuée par le Dr N. _____, consistant en une arthroscopie de l'épaule droite, avec toilette articulaire avec résection partielle du labrum antérieur et ténodèse du long chef du biceps par une petite arthrotomie, suture et réinsertion de la coiffe des rotateurs par des ancrs corkscrew 5 mm, pushlock 4,5 mm, bursectomie et acromioplastie. Le 28 mars 2014, le Dr N. _____ a conduit une nouvelle intervention sur l'intéressé, à savoir une arthrolyse endoscopique de l'épaule droite et une ablation du granulome et du nœud du fil de réinsertion du ligament scapho-lunaire du poignet droit. Par demande du 1^{er} mai 2014, l'assuré a sollicité des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). L'intéressé a séjourné à la Clinique B. _____ (ci-après : la B. _____) d 16 avril au 13 mai 2014. Aux termes d'un rapport final du 18 juin 2014, le Dr Y. _____ et la Dre H. _____, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-assistant à la B. _____, ont

posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour raideur de l'épaule et du poignet droits et les diagnostics supplémentaires de probable capsulite de l'épaule droite, d'arthrolyse endoscopique et mobilisation de l'épaule droite sous narcose le 28 mars 2014, d'arthroscopie de l'épaule droite le 19 novembre 2013, avec toilette articulaire, résection partielle du labrum antérieur et ténodèse du long chef du biceps, par une petite arthrotomie, suture et réinsertion de la coiffe des rotateurs, par des ancrs, bursectomie et acromioplastie, de déchirure complète du tendon du supra-épineux, partielle du tendon de l'infra-épineux et du sous-scapulaire, tendinopathie et rupture partielle du tendon du long chef du biceps, et conflit sous-acromial selon une arthro-IRM du 13 mars 2013, d'ablation des deux broches du poignet du 6 septembre 2013, d'arthroscopie du poignet droit du 5 juillet 2013, suture et réinsertion dorsales du ligament triangulaire et chondrectomie de propreté du pôle proximal de l'hamatum, de déchirure du ligament scapho-lunaire du poignet droit, désinsertion dorsale du ligament triangulaire du poignet droit, érosions cartilagineuses du pôle proximal de l'hamatum selon une arthro-IRM du 13 mars 2013 et de chute avec traumatisme du poignet droit du 30 septembre 2011. Les médecins ont précisé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie. Les plaintes fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. A la sortie, les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : port de charges en porte-à-faux, travaux répétitifs du membre supérieur droit, travaux au-dessus du plan des épaules, travaux de force du membre supérieur droit. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 3 à 6 mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées était favorable. Dans un rapport de radiographies de l'épaule droite en rotation en interne et externe et du poignet droit face oblique du 11 septembre 2014, la Dre L. _____, spécialiste en radiologie, a, en comparaison d'un cliché du poignet datant du 2 septembre 2013, décrit au niveau du poignet un status après ablation des broches situées dans les os scaphoïde et semi-lunaire avec un espace scapho-lunaire dans la norme, de 2 mm, un remodellement dégénératif entre le scaphoïde et les os trapèzes et trapézoïdes avec un espace articulaire irrégulier, aminci et un ostéophyte, une érosion sur le segment proximal de l'os crochu, comparable, l'absence d'autre anomalie des os du carpe ou de rapports articulaires, ainsi que quelques petites géodes/érosions à l'extrémité de la styloïde radiale, dans l'os semi-lunaire et le trapézoïde, sans changement. S'agissant de l'épaule, elle a constaté trois vis d'ancrage dans la tête humérale non présentes sur les clichés précédents de 2013, correspondant à des sutures tendineuses, et l'absence d'anomalie des rapports articulaires gléno-humérale ou sous-acromiale. Par rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 11 septembre 2014, la Dre L. _____ a conclu à un status après suture du tendon sus-épineux qui, compte tenu du status postopératoire, ne démontrait pas de signe de déchirure, ainsi qu'à l'absence de lésion des tendons sous-épineux et sous-scapulaire. Le long chef du biceps était mal reconnaissable dans son trajet intra-articulaire. Une structure pouvant correspondre à ce tendon était accolée à la capsule antéro-supérieure si celui-ci n'avait pas fait l'objet d'une ténodèse dans la gouttière bicipitale. La Dre L. _____ a aussi indiqué une déchirure de type SLAP du labrum débutant à midi et se prolongeant jusqu'à 17h. Aux termes d'un rapport du 1^{er} décembre 2014, le Dr N. _____ a posé les

diagnostics de status après entorse du poignet droit, de status après reconstruction du ligament triangulaire et du ligament scapho-lunaire, de status après déchirure de la coiffe des rotateurs, de status après reconstruction de la coiffe des rotateurs et acromioplastie et de status après entorse acromio-claviculaire avec développement d'une arthrose secondaire. Il a notamment estimé qu'en ce qui concernait la reprise du travail, le pronostic était mauvais car l'assuré ne pourrait plus jamais exercer son métier de maçon. Le 27 janvier 2015, le Dr N. _____ a opéré une nouvelle fois l'intéressé, sous la forme d'une résection distale de la clavicule et fixation selon Waever-Dunn. Dans un rapport de radiographies de l'épaule droite de face en rotation interne et externe et du poignet droit face et profil du 30 avril 2015, le Dr R. _____ a décrit ce qui suit : « En comparaison avec les radiographies de l'épaule droite réalisées le 11/09/2014, le status radiologique est resté pratiquement inchangé : on retrouve 3 vis d'ancrage situées au niveau de la tête humérale. Amincissement de l'espace sous-acromial par hypertrophie de la face inférieure de la pointe de l'acromion mais pas d'image de périarthrite calcifiante de l'épaule droite. Importante sclérose du bord supérieur du trochiter au niveau de l'insertion des tendons de la coiffe des rotateurs compatible avec une périarthrite non calcifiante de l'épaule. Légère chondropathie gléno-humérale se manifestant par un discret pincement articulaire supérieur. L'articulation acromio-claviculaire est encore bien conservée. La minéralisation osseuse est normale. Au niveau du poignet droit, il s'agit d'un status après embrochage du ligament scapho-lunaire en raison d'une déchirure de ce ligament, opération effectuée début juillet 2013. Status après ablation des deux broches. Les clichés actuels montrent l'absence de bâillement de l'espace situé entre le scaphoïde et le semi-lunaire avec une distance de seulement 1.5mm entre ces deux éléments osseux. Érosion connue de la partie proximale de l'os crochu. Arthrose radio-cubitale distale se manifestant par un pincement articulaire avec ostéophytose marginale. Arthrose débutante également de l'articulation radio-carpienne se manifestant par un discret pincement articulaire du côté radial. La minéralisation osseuse est tout à fait satisfaisante. » Par rapport du 3 juillet 2015, le Dr D. _____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assuré présentait une atteinte dans le territoire cubital droit. Le nerf cubital était luxable au coude mais l'examen clinique notamment de la force des muscles dépendant du nerf cubital dans l'avant-bras et de la vitesse de conduction motrice au niveau du coude étaient normales, indiquant qu'il n'y avait probablement pas d'atteinte grave à partir du coude. Par contre, il y avait clairement une atteinte du nerf moteur profond et probablement du nerf sensitif cubital. Il fallait considérer cette lésion comme consécutive aux accidents avec trauma du poignet. L'intéressé présentait d'autre part, une parésie de la pronation de la pince pouce index avec une douleur à l'arcade des pronateurs et un examen électroneuromyogramme qui confirmait une lésion ancienne du nerf interosseux antérieur droit. Le 2 octobre 2015, le Dr N. _____ a mené une nouvelle intervention auprès de l'assuré et effectué une cure d'épitrôchléite, une neurolyse et transposition antérieure du nerf cubital au niveau du coude droit et une neurolyse du nerf cubital au niveau du tunnel de Guyon. Par rapport de radiographies mains face/oblique, épaule droite rotations interne et externe et clavicule droite face/tangentielle du 3 février 2016, la Dre V. _____, spécialiste en radiologie, a décrit ce qui suit : « Main droite : On retrouve un remaniement avec des géodes kystiques dégénératives en miroir au niveau du scapho-lunaire, l'interligne scapho-lunaire est respecté. Arthrose radio-carpienne et arthrose radio-cubitale sans évolution significative par rapport aux images précédentes du 29/04/2015. Des géodes kystiques de type inclusion synoviale sont visibles également au niveau du scaphoïde et dans l'os pyramidal. Modification de rhizarthrose modérée. Atteinte dégénérative

également sur les articulations inter-phalangiennes distales des 2^{ème}, 3^{ème} et 5^{ème} rayons. Minéralisation osseuse conservée. Main gauche : Présence de géodes kystiques dégénératives dans les os scaphoïdes, grands os ainsi que semi-lunaires. Minime remaniement de type rhizarthrose. Minéralisation osseuse conservée. Epaule droite : Status post-ancrage des tendons de la coiffe des rotateurs au niveau huméral avec trois vis d'ancrage en place sans déplacement secondaire par rapport aux clichés comparatifs du 29/04/2015. Important remaniement avec des fragments osseux calcifiés sur la topographie de l'interligne acromio-claviculaire. » L'assuré a séjourné à la B. _____ une seconde fois du 25 mai au 22 juin 2016. Par rapport de la phase initiale du 31 mai 2016, le Dr K. _____, spécialiste en physique et réadaptation à la B. _____, a notamment constaté que les aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle liés au handicap étaient des douleurs et limitations fonctionnelles du membre supérieur droit (épaule, coude, poignet), une mobilité restreinte et un manque de force. Quant aux aspects non liés au handicap, il a mentionné un analphabétisme et des connaissances en français oral très limitées, une absence de qualification et une faible diversification professionnelle, une capacité d'apprentissage limitée, l'âge de l'intéressé, une intégration sociale restreinte et un isolement. Ainsi, selon ce médecin, les limitations fonctionnelles du membre supérieur droit étaient incompatibles avec la reprise du métier de maçon. Un changement de métier était nécessaire. Néanmoins, au vu des différents facteurs contextuels, les obstacles à une réorientation étaient importants (barrière linguistique, âge, ressources personnelles restreintes). Dans un rapport du 6 juin 2016, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la B. _____, a notamment estimé qu'il n'y avait pas d'indication à une infiltration et qu'il allait de soi qu'il n'y avait aucune indication à proposer un quelconque geste chirurgical supplémentaire. En outre, vu la longueur de l'évolution, une reprise de l'activité professionnelle de l'assuré dans le bâtiment semblait illusoire. Chez l'intéressé qui ne parlait pas français, une réorientation professionnelle n'était également pas envisageable. Aux termes d'un rapport d'ergothérapie du 22 juin 2016, S. _____, ergothérapeute à la B. _____, a notamment relevé que l'assuré présentait des difficultés pour saisir des objets en hauteur, pour soulever des objets lourds, et n'arrivait pas à soulever 10 kg. L'épaule était la partie du corps la plus douloureuse pour l'intéressé, qui l'empêchait d'agir correctement dans les activités de la vie quotidienne (se laver, couper les aliments, se raser...). Il utilisait principalement son membre supérieur gauche. Il disait avoir peur de bouger, de peur d'abîmer quelque chose dans le bras. Par rapport final du 24 juin 2016, la Dre DW. _____ et le Dr C. _____, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-assistant à la B. _____, ont indiqué notamment ce qui suit [sic] : « [...] DIAGNOSTIC PRINCIPAL - Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles du membre supérieur droit DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES - 30.09.2011 : trauma du MSD [membre supérieur droit] avec : - déchirure complète du tendon du supra-épineux, partielle du tendon de l'infra-épineux et du sous-scapulaire et rupture partielle du tendon du long chef du biceps. - Déchirure du ligament scapho-lunaire du poignet droit, désinsertion dorsale du ligament triangulaire du poignet droit. - Légère atteinte sensitive axonale du nerf ulnaire droit vraisemblablement localisée au coude. - Troubles dégénératifs du carpe de la main droite. - Kyste dans l'articulation radio-carpienne distale du poignet droit. [...] APPRECIATION ET DISCUSSION A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs au niveau de l'épaule droite, au niveau de l'articulation acromioclaviculaire droite, irradiant dans la nuque de type « coups de poignard » au repos à

7/10 ; à l'activité à 9/10, soulagée par le Tramal et la glace, augmentées à l'activité, sans plus de précision. Il se plaint également de douleurs au niveau de l'épicondyle médial, qui irradient en direction du poignet droit, de type décharges électriques au repos à 4/10 ; à l'activité à 7/10. La douleur est augmentée lorsque le patient serre la main, et diminuée lorsqu'il prend le Tramadol ou a le bras tendu. Il se plaint de plus de douleurs au niveau du poignet droit en « coups de poignard », décharges électriques, au repos à 4/10 et lors de l'activité à 10/10, qui irradient en direction du coude. La douleur est diminuée par les médicaments et par l'application d'une bande, et augmentée par l'inclinaison radiale et cubitale. L'examen clinique est décrit ci-dessus. Examens radiologiques : (depuis la dernière hospitalisation) Arthro-IRM de l'épaule droite du 11.09.2014 : status post-suture du tendon sus-épineux, sans signe de déchirure. Pas de lésion du tendon sous-épineux ou sous-scapulaire. Déchirure de type SLAP du labrum. RX épaule droite en rotation interne-externe du 11.09.2014 : trois vis au niveau de la tête humérale, correspondant à une suture tendineuse. Pas d'anomalie des rapports articulaires. RX poignet droit du 11.09.2014 : troubles dégénératifs de l'os scaphoïde et des os trapèze et trapézoïde. RX du 03.02.2016 : Poignet droite : troubles dégénératifs au niveau scapho-lunaire. Epaule droite : status post-ancrage tendon de la coiffe des rotateurs, au niveau de l'humérus, avec trois vis d'ancrage. Importants remaniements. Fragment osseux calcifié au niveau de l'interligne acromio-claviculaire. Clavicule droit : Pas de trait de fracture. Vis chirurgicale au niveau de la tête de l'humérus. Calcification au niveau de l'articulation acromioclaviculaire. RX poignet droit du 07.06.2016 : défaut osseux au niveau du pôle proximal de l'os hamatum. Lésions kystiques du pôle proximal de la scaphoïde. IRM épaule du 07.06.2016 : status post-opératoire sans signe de re-rupture de la coiffe des rotateurs. Arthrose acromio-claviculaire. Arthrophie graisseuse du sus-épineux d'environ 25%. Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour : Sur le plan orthopédique : troubles dégénératifs du carpe de la main droit, kyste dans l'articulation radio-carpienne distale du poignet droit. Sur le plan psychiatrique : nihil. Sur le plan neurologique : légère atteinte sensitive axonale du nerf ulnaire droit vraisemblablement localisée au coude (Cf. rapports de neurologie, neuropsych). Autre : otite moyenne ddc [des deux côtés] et otite externe droite traitée par antibiothérapie (Amoxicilline pendant dix jours) pour lesquelles le patient a pris rendez-vous avec son médecin traitant afin d'évaluer l'évolution. De plus, un bilan sanguin met en évidence une hypercholestérolémie . De plus, nous notons des valeurs de CDT élevée. Nous proposons donc au médecin traitant de faire un contrôle du profil lipidique à trois mois et de rediscuter la consommation d'alcool avec le patient. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient à savoir une catastrophisation, une kinésiophobie modérée à sévère, une autolimitation importante, un faible niveau d'éducation avec une situation financière actuelle très précaire (avec une épouse qui souffre d'un cancer), chez un patient qui ne maîtrise pas le français, et qui présente une incapacité de travail de 100 % depuis 2013. Ces facteurs jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail. De plus, le diagnostic médical d'état dépressif, qui n'est plus d'actualité mais avec un traitement encore en cours chez un patient dépourvu psychologiquement, influence négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient. Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charges ci-dessous (Cf. rapports annexés) : - physiothérapie - ergothérapie - psychosomatique - ateliers professionnels Le traitement

antalgique était constitué de Dafalgan et Tramadol, l'Arcoxia étant sevré au vu de son traitement concomitant antihypertenseur. L'évolution subjective et objective est non significative (Cf. rapports et tests fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée : le patient était participatif mais reste focalisé sur la douleur, ce qui a rendu difficile la mise en place d'un programme thérapeutique optimal. Aucune incohérence n'a été relevée. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : - au niveau de l'épaule, pas de port de charge ou travail de force au-dessus du plan des épaules, ports de charges en-dessous limité à 15 kg rarement, pas de restriction en-dessous de 7.5 kg. Pas de limitation dans les travaux fins. - au niveau du coude et de la main : ports de charges avec la main droite, mouvements répétitifs du coude et de la main droit, travail de force avec le membre supérieur droit. La situation est stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie du patient. Il est proposé que le patient consulte son chirurgien traitant afin d'évaluer la nécessité d'enlever le kyste au poignet droit. Une telle intervention ne va pas changer les limitations fonctionnelles de manière significative. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs non médicaux discutés ci-dessus. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs non médicaux discutés ci-dessus. [...] INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE - 100 % pour une longue durée. [...] » Le 9 septembre 2016, le Dr N. _____ a enlevé un kyste au poignet de l'assuré. Aux termes d'un rapport du 24 avril 2017, le Prof. Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique cervico-brachial droit, de status après arthroscopie du poignet droit, suture du ligament scapho-lunaire, suture et réinsertion dorsale du ligament triangulaire le 5 juillet 2013, de status après ablation de deux broches du poignet droit le 6 septembre 2013, de status après arthroscopie de l'épaule droite avec ténodèse du long biceps, suture et réinsertion de la coiffe des rotateurs le 19 novembre 2013, de status après arthrolyse endoscopique et mobilisation de l'épaule droite sous narcose selon Waeber-Dunn droite le 27 janvier 2015 et de status après transposition antérieure du nerf cubital au niveau du coude droit, neurolyse du nerf cubital au niveau du tunnel de Guyon le 2 octobre 2015. Etaient également mentionnés les antécédents d'hypertension artérielle traitée, d'hypercholestérolémie, d'état dépressif traité et de status après intervention pour cataracte bilatérale. Le Prof. Z. _____ a conclu à ce qui suit : « Conclusions, traitement et évolution M. J. _____ présente un syndrome douloureux cervico-brachial droit d'évolution chronique et persistant après six interventions chirurgicales au niveau du poignet, du coude et de l'épaule droits. Sur le plan objectif, il existe une discrète raideur résiduelle de l'épaule, plus marquée au niveau du poignet et des signes irritatifs sensitifs du nerf cubital au niveau du coude. La coiffe des rotateurs est cependant en continuité et il n'y a pas d'atrophie significative des corps musculaires. Il est possible que des facteurs non-orthopédiques participent également à l'évolution actuelle. Je ne retiens en ce qui me concerne pas d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale donc le pronostic fonctionnel reste dans ce contexte très réservé. » Dans un rapport d'examen final du 31 mai 2017, le Dr P. _____ a apprécié la situation de l'assuré comme suit : « Appréciation [...] Actuellement, le patient, qui ne parle toujours pas le français et qui est venu avec sa fille, dit qu'il n'y a pas beaucoup de progrès par rapport à la situation qui prévalait il y a une année. Il a des douleurs de tout le MSD [membre supérieur droit], de

l'épaule D, irradiant vers la colonne cervicale. Les douleurs sont constantes, également nocturnes, aggravées par la mobilisation. Le patient n'a plus de force et il est gêné dans toutes les AVQ [activités de la vie quotidienne]. Il fait beaucoup de choses avec la main G [gauche], comme se raser par exemple. Lorsque les douleurs sont trop fortes, elles provoqueraient parfois des malaises avec pertes de l'équilibre et chute qui auraient été investigués a minima par le médecin traitant (?). A l'examen clinique, sans être exclu, le MSD est un peu mis de côté. Objectivement, on retrouve une amyotrophie assez marquée de l'épaule D, s'étendant à tout le MSD. La mobilité active de l'épaule D est misérable avec une élévation et une abduction qui ne sont qu'ébauchées mais le bras D peut toujours être facilement porté à 160° d'élévation, malgré les protestations du patient. En insistant, le Jobe est finalement tenu et la force de rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est difficilement testable. Les rotations sont mieux conservées, surtout la rotation externe. On retrouve un status après thénodèse du LCB [long chef du biceps]. Le coude D est calme, sensible à la palpation sur ses 2 versants. Il a une mobilité complète et une bonne force. Le poignet D est également calme, bien aligné. La mobilité est modérément limitée. Le pouce et les doigts longs sont normo-fonctionnels. La force de serrage de la main D est relativement conservée. Les ROT [réflexes ostéo-tendineux] sont normo-vifs, symétriques. On note une très discrète parésie et une légère hypoesthésie dans le territoire du nerf cubital D. Au terme d'une prise en charge thérapeutique qui ne manque pas d'interroger (6 interventions chirurgicales étagées au MSD dans les suites d'un traumatisme relativement mineur et en présence de facteurs contextuels de mauvais pronostic tout à fait évidents), on a donc un handicap subjectif majeur qui dépasse les constatations objectives de l'examen radio-clinique. En effet, si on comprend bien que le patient présente une certaine raideur du poignet D, on ne s'explique pas vraiment l'impotence fonctionnelle de l'épaule D, alors que la coiffe des rotateurs est en continuité et qu'il n'y a pas de capsulite. Du point de vue thérapeutique, il faut certainement en rester là. Dans une activité respectant ces limitations, du point de vue médico-théorique, rien ne s'oppose à ce que le patient travaille en plein, du moins pour les seules suites de l'accident, mais il est probable qu'il opposera des douleurs à tout ce qui lui sera proposé. Si on se réfère à la table 1 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/1.f-2000, un taux de 20% peut être retenu en présence d'une perte fonctionnelle de 40% du MSD (40% de 50% = 20%). » Le 22 juin 2017, X. _____ SA a indiqué qu'en 2017, l'assuré aurait perçu auprès d'elle un salaire horaire de 28 fr. 80, avec un treizième salaire et pour un horaire hebdomadaire moyen de 40.6 heures. Le 4 juillet 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 août 2017, au motif notamment que les suites accidentelles étaient stabilisées. Elle allait encore examiner si l'assuré avait droit à d'autres prestations de sa part. Le 16 août 2017, la CNA a listé cent six descriptions de postes, tirées de sa base de données relatives à des descriptions de postes de travail auprès de différentes entreprises suisse (DPT). Elle en a retenu cinq, pour des emplois de façonneur de lumières/« CI » (DPT n° [...]), de soudure Laser (DPT n° [...]), de grandissage (DPT n° [...]), d'ouvrier à l'ébavurage (DPT n° [...]) et de rectifieur/tourneur (DPT n° [...]). La moyenne des salaires correspondait à un revenu annuel moyen de 60'740 fr., à un revenu annuel minimal de 56'330 fr. et à un revenu annuel maximal de 65'150 francs. Aucun de ces postes ne nécessitait de soulever ou porter des charges supérieures à 10 kg, de soulever des charges au-dessus du buste, ou de travail au-dessus de la tête. Deux postes exigeaient rarement de soulever ou porter des charges légères comprises entre 5 et 10 kg. Tous demandaient de soulever et porter des charges très

légères inférieures à 5 kg ainsi que de manier des objets légers et en motricité fine, cela pour une régularité allant jusqu'à très souvent. En outre, un poste nécessitait rarement le maniement d'objets moyens. Par décision du 23 août 2017, la CNA a refusé d'allouer une rente à l'assuré et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25'200 fr. pour une diminution de l'intégrité de 20 %. En substance, elle a retenu que l'intéressé pouvait exercer une activité professionnelle dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de respecter les limitations fonctionnelles suivantes : au niveau de l'épaule, pas de port de charge ou travail de force au-dessus du plan des épaules, port de charges en-dessous limité à 15 kg rarement, pas de restriction en-dessous de 7,5 kg et pas de limitation dans les travaux fins. Au niveau du coude et de la main, port de charges avec la main droite, mouvements répétitifs du coude et de la main droite et travail de force avec le membre supérieur droit. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu mensuel de 5'061 fr. (13^{ème} salaire inclus). Comparé au gain de 5'487 fr. par mois (13^{ème} salaire inclus) qu'il réaliserait sans l'accident, il en résultait une perte économique nettement inférieure à 10 %, ne donnant par conséquent pas droit au versement d'une rente. La CNA a en outre estimé que les troubles psychogènes de l'intéressé n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, n'ouvrant ainsi pas le droit à des prestations. Le 13 septembre 2017, l'assuré, représenté par Me Jana Burysek, s'est opposé à la décision susmentionnée. Le 25 septembre 2017, il a conclu à l'annulation, subsidiairement la réforme, de la décision précitée, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017. Il a expliqué qu'il demeurerait dans l'incapacité totale de travailler et qu'il n'avait par conséquent pas la possibilité d'exercer quelque profession que ce soit dans le secteur de l'industrie, même à un taux réduit. A l'appui de sa position, il a produit un certificat du 15 septembre 2017, par lequel la Dre M. _____ attestait que l'assuré était en incapacité de travail totale pour cause d'accident du 1^{er} septembre au 1^{er} octobre 2017. Le 30 octobre 2017, l'intéressé a complété son opposition, en confirmant sa position. Il a précisé que sa situation médicale ne s'était pas améliorée depuis son accident, ce malgré plusieurs opérations, la prise de médicaments et un suivi élevé et régulier par un physiothérapeute. Il a en outre contesté la valeur probante du rapport du Dr P. _____ du 31 mai 2017, dans la mesure où il était contraire à l'avis médical de plusieurs médecins ayant suivi l'assuré. Il a reproché à la CNA un défaut d'instruction et a requis la mise en œuvre d'une expertise. Il a enfin contesté que les DPT retenues fussent compatibles avec sa situation. Par décision sur opposition du 20 novembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition, confirmant sa position et précisant qu'il convenait de faire abstraction des facteurs contextuels. C. Par acte du 22 décembre 2017, J. _____, représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, en concluant à son annulation en ce sens, principalement, qu'il a droit, dès le 1^{er} septembre 2017, à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement, à l'octroi d'une rente dont le taux est à déterminer en cours de procédure, et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire. En substance, il a repris ses précédents arguments, ajoutant que son état dépressif aggravait son incapacité de travail, laquelle était déjà totale pour les raisons somatiques. Il a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. A l'appui de sa position, il a notamment produit différents certificats, par lesquels la Dre M. _____ a attesté une incapacité de travail totale du 1^{er} octobre au 31 décembre 2017. En outre, par un certificat du 5 décembre 2017, la Dre M. _____ a expliqué que le recourant ne pouvait plus travailler dans son métier de

maçon et que sa capacité de gain était notablement et durablement diminuée. L'intéressé était diminué dans l'utilisation de son membre supérieur droit avec lequel il ne pouvait pas porter de charge lourde ni faire de travaux lourds. L'exécution de travaux fins était également limitée, car le recourant avait perdu la mobilité de la flexion-extension de son poignet. De plus, à la suite de la perte de son intégrité corporelle et de sa capacité de travail, l'intéressé avait développé un état dépressif pour lequel il était traité par antidépresseur et qui entraînait également des troubles psychiques avec trouble de la concentration, fatigabilité accrue et résistance diminuée. Selon la Dre M. _____, la capacité de travail actuelle était nulle. Dans une décision du 28 décembre 2017, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 décembre 2017, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Burysek. Le 3 avril 2018, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, a répondu et conclu au rejet du recours, en reprenant ses arguments. Aux termes d'une réplique du 26 avril 2018, le recourant a confirmé sa position, ajoutant qu'ensuite d'une chute à la fin de l'année 2017, il présentait désormais de nouvelles douleurs au sacrum, pour lesquelles il était actuellement suivi. A cet égard, il a produit un certificat du 7 mars 2018, par lequel la Dre M. _____ a indiqué que, le 29 novembre 2017, les douleurs au membre supérieur droit étaient fortes et avaient provoqué un vertige avec probable malaise vagal avec chute sur le coude droit et les fesses. L'intéressé avait consulté pour cette raison le 1^{er} décembre 2017. Depuis, il présentait des douleurs au niveau du sacrum, lesquelles augmentaient lorsqu'il était assis. Une IRM de la colonne lombaire et du bassin avait été effectuée le 25 janvier 2018, qui ne montrait pas de fracture, ni de défaut d'angulation, ni de luxation au niveau du sacrum et du coccyx. Il existait de discrètes altérations inflammatoires entre la 1^{ère} et la 2^{ème} vertèbre coccygienne. Il y avait de légères altérations inflammatoires péri-articulaires facettaires L4-L5 avec altérations dégénératives et discopathies et altérations dégénératives modérées de la jonction dorso-lombaire et basse lombaire, sans hernie discale, ni contrainte radiculaire. Une infiltration scanoguidée sacro-coccygienne ainsi qu'un bloc caudal avaient été effectués le 23 février 2018, sans amélioration sur les douleurs sacro-coccygiennes. Le 18 juin 2018, l'intimée a maintenu sa position. Le 22 juin 2018, le recourant, toujours représenté, a fait valoir des éléments nouveaux survenus après ses explications du 26 avril 2018, qu'il convenait de considérer comme de vrais nova. Ainsi, le 1^{er} juin 2018, l'intimée avait informé allouer jusqu'au 3 juin 2018 des prestations pour les suites de l'accident du 29 novembre 2017. Selon l'intéressé, cet événement devait être considéré comme une rechute de l'accident du 30 novembre 2011. Il s'est en outre référé à une décision de l'OAI du 20 juin 2018, qui lui reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité d'un degré de 100 % du 1^{er} novembre 2014 au 30 septembre 2016, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Selon l'OAI, dès le 6 juin 2016 dans une activité adaptée à 100 %, le recourant pourrait réaliser un revenu avec atteinte à la santé de 60'467 fr. 37, son revenu sans atteinte à la santé étant de 66'868 fr. 44. Le degré d'invalidité de l'intéressé était ainsi de 9.57 % et le recourant estimait qu'il convenait au minimum de se référer à ces chiffres. Sur demande de la juge instructrice, l'OAI a produit son dossier le 10 juillet 2018, comprenant notamment un courrier du 8 avril 2015 par lequel l'OAI avait indiqué qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement. Y figurait également un rapport du 29 janvier 2018 de la Dre T. _____, spécialiste en chirurgie de la main, estimant que le traumatisme du 30 septembre 2011 avait occasionné une déchirure complète du tendon du supra-épineux, partielle du tendon du sus-épineux et du sous-scapulaire, rupture partielle du

tendon du long chef du biceps, une déchirure du ligament scapho-lunaire, désinsertion dorsale du ligament triangulaire, une légère atteinte sensitive axonale du nerf cubital au coude droit, des troubles dégénératifs du carpe de la main droite et un kyste de l'articulation radio-carpienne distale du poignet droit. Elle était arrivée à la conclusion que le recourant était en incapacité totale de reprendre son activité de maçon. Sur un plan médico-théorique, il était clair que dans une activité adaptée et non manuelle, l'intéressé pourrait avoir une activité professionnelle. Toutefois, comme le disait très clairement le Dr P. _____, il était probable que le recourant opposerait des douleurs à tout ce qui lui serait proposé. A la décharge du patient, la Dre T. _____ notait qu'il était d'origine portugaise, qu'il s'exprimait relativement mal en français et qu'il avait probablement un bagage éducatif relativement restreint. Enfin, par rapport du 16 avril 2018, la Dre QV. _____, spécialiste en pédiatrie auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité, avait retenu une atteinte incapacitante à 100 % dans toute activité jusqu'à juin 2016. Ensuite, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 %, non pas grâce à une amélioration de la symptomatologie, qui n'était effectivement pas documentée, mais en raison de la stabilisation de l'état de santé qui permettait théoriquement une réinsertion dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient celles retenues dans le rapport de la B. _____ du 24 juin 2016. Le 19 septembre 2018, l'intimée, par son représentant, a estimé que la question de savoir si l'événement du 29 novembre 2017 devait être pris en charge au titre de nouvel événement assuré ou comme rechute n'était pas objet du présent litige. Au surplus, elle a maintenu ses calculs et s'est référée à la décision entreprise. Les parties ont maintenu leur position par courriers des 29 octobre 2018. Le 13 décembre 2018, le recourant a produit un rapport d'expertise bidisciplinaire du Dr SK. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du 24 septembre 2018, mise en œuvre par l'assureur-maladie perte de gain. Selon l'intéressé, compte tenu de la perte de rendement de 10 % retenue par l'expert, les possibilités de travail proposées par l'intimée étaient irréalisables et sa perte économique était d'au minimum 17 %. Dans son rapport du 24 septembre 2018, le Dr SK. _____ a apprécié la situation du recourant comme suit :

« [...] 5. LES TROUBLES RAPPORTES PAR L'EXPERTISE SONT-ILS CONCORDANTS AVEC LES RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE ET PARACINIQUE AINSI QUE LA DOCUMENTATION A VOTRE DISPOSITION ? DANS LA NEGATIVE MOTIVEZ LA REPONSE : Les troubles rapportés par l'expertisé sont concordants avec les résultats de l'examen clinique. En effet, il présente un syndrome cervico-brachial, partiellement C6 irritatif D, ainsi que des omalgies D persistantes et ce, dans un contexte d'une part d'une discopathie cervicale sous-jacente significative et d'autre part, d'un status post multiples opérations de l'épaule D avec tendinopathie, rupture du sus-épineux. L'examen s'inscrit cependant en avant-plan d'une légère diminution du seuil de déclenchement à la douleur et douleurs insertionnelles multiples. 6. DIAGNOSTICS 6.1 Synthèse des éléments permettant d'arriver au diagnostic : Nous sommes confrontés à une personne assurée de [...] ans, d'origine [...], en Suisse depuis [...], détenteur d'un permis C, marié père de [...], sans formation professionnelle, ayant toujours travaillé comme maçon, à l'arrêt de travail depuis 2011, émargeant au chômage pendant sept mois jusqu'en février 2017, il est à l'arrêt de travail depuis novembre 2017, suite à une deuxième chute de sa hauteur. Du point de vue médical, il présente une première chute de sa hauteur en septembre 2011, ayant entraîné des lésions du poignet et l'épaule, associées depuis 2013 à des lombalgies devenant de plus en plus importantes. Il a subi de multiples opérations telles que prédécrites. L'évolution est peu favorable, avec persistance de la même symptomatologie

douloureuse au niveau cervico-brachial et de l'épaule D. Il signale une deuxième chute le 29.11.2017, des douleurs sacro-coccygiennes et lombaires basses pour lesquelles il subit une infiltration sacro-coccygienne en février 2018, sans effet positif. En effet, il signale depuis lors la persistance de lombalgies basses, des cervico-brachialgies et des omalgies D. Le status de ce jour met en évidence un syndrome cervico-brachial partiellement C6 irritatif D, et lombo-vertébral non déficitaire et non irritatif. L'examen de l'épaule D met en évidence une limitation des amplitudes articulaires en antépulsion et en abduction. Le test de Jobe est peu tenu à D. L'examen du poignet D met en évidence une ankylose avec limitation des amplitudes articulaires en flexion-extension au tiers de course. Il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite. Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique effectué jusqu'à ce jour met en évidence une rupture transfixiante du sus-épineux et un status post ténodèse du long chef du biceps associés à une arthropathie acromio-claviculaire, une minime discopathie L5-S1 et arthrose postérieure à ce niveau, une discopathie avancée en C4-C5, C5-C6, et avec nette diminution du trou de conjugaison à ce niveau à D.

6.2 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : Ø Syndrome cervico-brachial récurrent, partiellement C6 irritatif D - discopathie C4-C5, C5-C6 Ø Syndrome lombo-vertébral récurrent, sur probable arthrose facettaire postérieure L5-S1 - status post contusion sacro-coccygienne en novembre 2017 Ø Omalgies D persistantes - ténosynovite et rupture quasi complète du sus-épineux et arthropathie acromio-claviculaire - status post arthroscopie de l'épaule D et toilette articulaire et résection du labrum antérieur et ténodèse du long chef du biceps le 19.11.2013 - status post arthrolyse endoscopique et mobilisation de l'épaule D le 28.03.2014 Ø Douleurs du poignet D d'origine peu claire - status post suture et réinsertion dorsale du ligament triangulaire et chondrectomie par arthroscopie le 05.07.2013. - status post ablation des deux broches du poignet le 06.09.2013 - status post déchirure du ligament scapho-lunaire post traumatique le 30.09.2011

6.3 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : Ø Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique - Légère diminution du seuil de déclenchement à la douleur Ø Hypertension artérielle stable sous traitement Ø Status post cataracte bilatérale opérée Ø Antrite à Helicobacter pylori en 2010 Ø Status post résection polype sénile en 2010 Ø Status post opération d'un ptérygion bilatéral en 2008 Ø Hypercholestérolémie anamnétique.

7. UNE REPRISE DU TRAVAIL EST-ELLE EXIGIBLE ?

7.1 Dans l'activité habituelle Dans l'activité habituelle de maçon, sa capacité de travail est de 30%.

7.2 Dans une activité adaptée à l'état de santé En respectant les limitations fonctionnelles suivantes : limitations des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier au-dessus de l'horizontale en abduction et en antépulsion avec le MSD de plus de 2 kg et de manière répétitive, mouvements de préhension avec la main D de manière répétitive, du point de vue purement rhumatologique et limitations des mouvements en flexion-extension de la nuque, sa capacité de travail est estimée à 100% avec diminution de rendement de 10% et ce, au vu de la longue inactivité professionnelle. Du point de vue bidisciplinaire après discussion avec le Dr TX._____ [spécialiste en psychiatrie et psychothérapie], en intégrant l'aspect rhumatologique et psychiatrique, l'assuré présente une capacité de travail à 100% diminution de rendement de 10%, et ce, dès ce jour avec [sic] En effet, du point de vue psychiatrique, sa capacité de travail est entière, en l'absence de diagnostic psychiatrique invalidant.

8. ACTIVITE ADAPTEE

8.1 Si un changement de profession s'avère nécessaire, quels critères médicaux doivent satisfaire l'activité adaptée ? Les limitations fonctionnelles sont décrites au point 7.2

8.2 Quelle activité concrète pourrait être considérée comme adaptée ? Surveillance, accueil, ou

magasinage d'objets ou de nourriture légère... Cependant, l'assuré ne maîtrise pas le français.

9. OPTIONS THERAPEUTIQUES EVENTUELLES SUSCEPTIBLES D'AMELIORER NOTAMMENT LA CAPACITE DE TRAVAIL ; LEUR EXIGIBILITE ET LEUR DUREE ? Du point de vue thérapeutique, il est opportun d'éviter tout acte chirurgical tant au niveau de l'épaule que du dos. L'assuré devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge en thérapie manuelle concernant la région cervicale avec étirements neuro-méningés. La poursuite de la médication antalgique est de mise.

10. REMARQUE A noter que l'assuré émarge au chômage de juillet 2017 à février 2018, à 70%. Ce qui dénote une certaine capacité de travail résiduelle. Cette appréciation s'apparente à celle du Dr P. _____, qui estime qu'une capacité de travail résiduelle peut être raisonnablement exigée. Cependant, le dossier mis à disposition ce jour ne révèle à aucune reprise les lésions cervicales sous-jacentes qui pourraient expliquer, en partie du moins, l'ampleur de la symptomatologie douloureuse du MSD et pour lequel aucune prise en charge thérapeutique n'aurait été prodiguée. »

Le 11 février 2019, l'intimée a estimé que la baisse de rendement de 10 % et que la problématique du rachis cervical et dorsolombaire n'engageaient pas sa responsabilité. Elle maintenait ainsi sa position. Le 5 mars 2019, le recourant a confirmé ses conclusions, faisant grief à l'intimée d'avoir mené une instruction lacunaire.

D. Par arrêt rendu ce jour (AI 248/18 – 328/2020), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'intéressé le 21 août 2018 à l'encontre de la décision de l'OAI du 20 juin 2018, en ce qu'il tendait à l'octroi d'une rente d'invalidité entière de cette institution dès le 1^{er} septembre 2017, et a confirmé ladite décision. Dans un autre arrêt de ce jour (AI 256/18 - 327/2020), la Cour de céans a rejeté le recours du 21 août 2018 à l'encontre de la décision de l'OAI du 19 juillet 2018, en ce qu'il tendait à l'octroi de l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative, et a confirmé ladite.

E n d r o i t :

- 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.

- 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). 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 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).
- b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de la part de l'intimée. A ce

stade, il y a lieu de préciser que seules les conséquences de l'accident du 30 septembre 2011 doivent être prises en compte par la Cour de céans. La chute du 29 novembre 2017 (cf. réplique du 26 avril 2018 et certificat du 7 mars 2018 de la Dre M. _____) est en effet postérieure à la décision sur opposition du 20 novembre 2017 et ne fait dès lors pas partie de l'objet du présent litige.

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. 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).

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

ii) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des

complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3). 4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). D'après la jurisprudence, 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). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, le recourant invoque un accident survenu le 30 septembre 2011. A cet égard, s'il avait été indiqué, par déclaration d'accident du 10 octobre 2011, que l'intéressé avait fait une chute avec réception sur son poignet droit ce jour-là, celui-ci a ensuite précisé qu'alors qu'il posait du crépi le 30 septembre 2011 depuis environ un mois, il avait senti des douleurs dans son poignet droit, mais n'était pas tombé, n'avait pas eu de choc sur son poignet, ni de torsion ou quoi que ce soit de particulier (cf. déclarations de l'intéressé du 10 avril 2012). Il a ajouté que quelques jours plus tard, il avait dû se retenir au sol avec la main droite, après avoir glissé. Il avait alors eu un peu plus mal. Cependant, les douleurs antérieures qu'il présentait n'avaient pas pour autant changé et elles ne passaient pas. Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que les circonstances de l'événement du 30 septembre 2011 ne sont pas claires. Cela étant, il sera retenu que le recourant a subi, courant octobre 2011, un accident consistant en une chute de sa hauteur avec réception sur son poignet droit. b/i) Il est constant qu'ensuite de cet accident, l'intéressé présente désormais dans son activité habituelle de maçon une incapacité de travail totale (cf. notamment rapport final de la B. _____ du 24 juin 2016 et rapport du 29 janvier 2018 de la Dre T. _____) ou quasiment totale (cf. rapport d'expertise du 24 septembre 2018 du Dr SK. _____). Reste à déterminer s'il présente une capacité de travail dans une activité adaptée. A la faveur du second séjour du recourant à la B. _____, il a été diagnostiqué des troubles dégénératifs du carpe de la main droit, un kyste dans l'articulation radio-carpienne distale du poignet droit, une légère atteinte sensitive axonale du nerf ulnaire droit vraisemblablement localisée au coude, des otites et une hypercholestérolémie (cf. rapport final du 24 juin 2016 des Drs DW. _____ et C. _____), ces deux dernières atteintes n'étant clairement pas du ressort de l'assureur-accidents. Aucun diagnostic psychiatrique n'a cependant été retenu. Selon les médecins de la B. _____, les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives

constatées pendant le séjour, plus exactement par les diagnostics précités. Ces médecins ont ensuite énuméré les facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles. Il s'agit soit de facteurs socioculturels ou psychosociaux, lesquels ne constituent pas une atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 in fine), soit d'atteintes relevant de la sphère psychique (état dépressif traité, catastrophisation, kinésiophobie), dont il doit également être fait abstraction de leur influence sur la capacité de travail comme on le verra ci-dessous (cf. consid. 5b/iii infra). En relation avec ce qui précède, il est encore relevé que le Prof. Z. _____ a également estimé qu'il était possible que des facteurs non-orthopédiques participent à « l'évolution actuelle » (cf. rapport du 24 avril 2017). Partant, les facteurs susmentionnés influençant négativement la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ne sont pas du ressort de l'intimé. A ce sujet, les Drs DW. _____ et C. _____ ont retenu que les limitations fonctionnelles définitives étaient, au niveau de l'épaule droite, pas de port de charge ou travail en force au-dessus du plan des épaules, ports de charges en-dessous limité à 15 kg rarement, pas de restriction en-dessous de 7.5 kg, sans limitation dans les travaux fins, et, au niveau du coude et de la main, pas de ports de charges avec la main droite, pas de mouvements répétitifs du coude et de la main droits, pas travail de force avec le membre supérieur droit (cf. rapport final de la B. _____ du 24 juin 2016). ii) Excepté les rapports de la Dre M. _____, médecin traitant du recourant, aucun rapport au dossier ne vient contredire cette appréciation. Les limitations fonctionnelles retenues par les Drs DW. _____ et C. _____ l'ont été sur la base des indications de tous les intervenants, y compris celles de l'ergothérapeute S. _____ ou encore du Dr K. _____. Dans son rapport du 22 juin 2016, S. _____ a en effet relevé que le recourant présentait des difficultés pour saisir des objets en hauteur, pour soulever des objets lourds, et n'arrivait pas à soulever 10 kg. Quant au Dr K. _____, il a constaté que les aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle liés au handicap étaient des douleurs et limitations fonctionnelles du membre supérieur droit (épaule, coude, poignet), une mobilité restreinte et un manque de force (cf. rapport de la phase initiale du 31 mai 2016). S'agissant du Prof. Z. _____, il a mentionné sur le plan objectif une discrète raideur résiduelle de l'épaule, plus marquée au niveau du poignet, des signes irritatifs sensitifs du nerf cubital au niveau du coude, une coiffe des rotateurs cependant en continuité et l'absence d'atrophie significative des corps musculaires (cf. rapport du 24 avril 2017). Force est de constater que ces constats sont compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues par les Drs DW. _____ et C. _____. Le recourant se prévaut d'une amyotrophie de son épaule. En l'absence d'atteinte neurologique significative – les Drs DW. _____ et C. _____ mentionnant uniquement une légère atteinte sensitive axonale du nerf ulnaire droit vraisemblablement localisée au coude (cf. rapport final du 24 juin 2016) –, il apparaît que ladite amyotrophie est la conséquence de la limitation de la mobilisation du bras droit. Cette atteinte n'est de toute manière par déterminante et ne modifie en rien les limitations fonctionnelles retenues en relation avec le membre supérieur droit. A cet égard, le Dr P. _____ ne retient d'ailleurs pas de limitation fonctionnelle supplémentaire en lien avec l'amyotrophie (cf. rapport d'examen final du 31 mai 2017) et le Prof. Z. _____ ne la considère pas significative (cf. rapport du 24 avril 2017). En outre, le Dr SK. _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : limitations des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier au-dessus de l'horizontale en abduction et en antépulsion avec le membre supérieur droit de plus de 2 kg de manière répétitive, des

mouvements de préhension avec la main droite de manière répétitive et, du point de vue purement rhumatologique, des mouvements en flexion-extension de la nuque (cf. rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018). Ces limitations fonctionnelles sont ainsi identiques, voire moins restrictives que celle retenues par les médecins de la B. _____.

Le Dr SK. _____ retient en effet la possibilité de port de charges jusqu'à 2 kg en antépulsion alors que les médecins de la B. _____ l'excluent. Quant aux limitations des mouvements en flexion-extension de la nuque, elles sont en lien avec la discopathie cervicale, qui est d'origine dégénérative et ne relève ainsi pas de la responsabilité de l'intimée, tout comme d'ailleurs la discopathie lombaire. Par ailleurs, si le Dr SK. _____, retient une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 10 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il précise que cette diminution découle de la longue inactivité professionnelle, soit d'un facteur qui ne constitue pas une atteinte à la santé et ne relève dès lors pas de la responsabilité de l'intimée. Cette appréciation confirme celle de la Dre T. _____ (cf. rapport du 29 janvier 2018), qui avait considéré que, sur un plan médico-théorique, l'intéressé pourrait travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé qu'il était probable que le recourant opposerait des douleurs à tout ce qui lui serait proposé. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). En l'espèce, aucun rapport médical ne permet de confirmer, par des observations médicales concluantes, les allégations de douleurs qui iraient au-delà de celles reconnues dans le rapport final du 24 juin 2016 des Drs DW. _____ et C. _____ et dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018 du Dr SK. _____. iii) Le recourant invoque également une atteinte psychique. A ce sujet, la Dre M. _____ a indiqué qu'ensuite de la perte de son intégrité corporelle et de sa capacité de travail, l'intéressé avait développé un état dépressif pour lequel il était traité par antidépresseur et qui entraînait également des troubles psychiques avec trouble de la concentration, fatigabilité accrue et résistance diminuée (cf. certificat du 5 décembre 2017). Par analogie avec la jurisprudence en matière d'expertise (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6), l'appréciation des effets d'une atteinte à la santé psychique devrait en principe émaner d'un psychiatre et s'appuyer lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu. En l'occurrence, le recourant n'est pas suivi par un médecin psychiatre et l'appréciation de la Dre M. _____, laquelle est au bénéfice d'une spécialisation en médecine générale, ne saurait se substituer telle quelle à celle d'un confrère psychiatre. Par ailleurs, elle mentionne un état dépressif et relève quelques critères ne permettant ni de discerner l'un ou l'autre des diagnostics constitutifs d'un trouble de l'humeur au sens de la CIM-10 (Classification internationale des Maladies – ICD-10 2014), ni d'en apprécier les effets intrinsèques sur la capacité de son patient. En outre, même à considérer que le recourant présenterait une atteinte psychiatrique, celle-ci ne serait en l'espèce pas déterminante dans la mesure où le Dr SK. _____ a expliqué qu'après discussion avec le Dr TX. _____, psychiatre, que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'intéressé était entière, en l'absence de diagnostic psychiatrique invalidant (cf. rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018). Enfin, le lien de causalité adéquat entre l'accident du 30 septembre

2011 et l'atteinte psychiatrique ferait de toute manière défaut. Le recourant ayant fait une chute de sa propre hauteur, l'accident devrait ainsi être qualifié de peu de gravité (cf. consid. 3c/ii supra ; voir également par analogie TF 8C_510/2008 du 24 avril 2009 où le Tribunal fédéral a qualifié une chute banale ayant entraîné une entorse à la cheville droite d'accident insignifiant ou de peu de gravité). Ainsi, les troubles d'ordre psychique de l'intéressé n'ouvrent pas de droit à des prestations de la part de l'intimée et il doit en être fait abstraction. vi) Partant, force est de constater qu'à l'exception des rapports de la Dre M._____, les rapports au dossier convergent et permettent de statuer en connaissance de cause. Une pleine valeur probante doit par conséquent être reconnue au rapport du 24 juin 2016 des médecins de la B._____, confirmé par le rapport d'expertise bidisciplinaire du 24 septembre 2018 du Dr SK._____, le recourant n'amenant aucun élément médicalement objectivé susceptible de jeter le doute sur ces rapports. Ainsi, à l'instar de ce qu'a retenu le Dr P._____ (cf. rapport d'examen final du 31 mai 2017), il y a lieu de considérer que le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 6. a/i) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). ii) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPG). 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). iii) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). iv) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité assurée ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 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 (tableaux 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 40 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). L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). b) En l'espèce, l'intimée a, à juste titre, considéré que les suites de l'accident du 30 septembre 2011 étaient stabilisées (cf. lettre du 4 juillet 2017). Cette appréciation repose en effet sur plusieurs rapports (cf. notamment rapport du 6 juin 2016 du Dr W._____, rapport final du 24 juin 2016 des Drs DW._____ et C._____, rapport du 24 avril 2017 du Prof. Z._____, rapport d'examen final du 31 mai 2017 du Dr P._____, rapport du 16 avril 2018 de la Dre QV._____), ainsi que sur le fait que l'OAI a retenu que l'intéressé n'avait pas droit à une mesure de réadaptation d'ordre professionnel (cf. lettre de l'OAI du 8 avril 2015). L'intimée était dès lors légitimée à examiner le droit à la rente du recourant. c) Pour déterminer le taux d'invalidité, l'intimée a retenu un revenu sans invalidité de 5'487 fr. par mois (13^{ème} salaire inclus), soit 65'844 fr. annuellement. Elle a déterminé ce montant sur la base d'une communication détaillée de l'employeur du 22 juin 2017 portant sur les éléments de salaires qui auraient été ceux de l'intéressé pour l'année 2017. L'OAI a calculé le salaire annuel sans invalidité de 66'868 fr. 44 (cf. décision de l'OAI du 20 juin 2018) sur le salaire annoncé dans un rapport d'employeur du 27 mai 2014, qu'elle a ensuite indexé à 2016 selon l'indice général. En l'état, le calcul de l'intimée opéré sur les éléments de salaire pour l'année 2017 doit donc être privilégié. d) En ce qui concerne le revenu avec invalidité, l'intimée a retenu un montant mensuel de 5'061 fr. (13^{ème} salaire inclus), soit 60'732 fr. annuellement, sur la base de DPT. Le recourant invoque l'incompatibilité de ces DPT avec les limitations fonctionnelles retenues. En l'occurrence, la question de cette compatibilité peut être laissée ouverte. En effet, même à suivre la position de l'intéressé, en utilisant les données statistiques ESS, aucun droit au versement d'une rente ne saurait lui être reconnu. Dans cette hypothèse, il y a ainsi lieu de retenir comme salaire de référence, celui auquel peuvent prétendre les hommes dans l'accomplissement de tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé dans le secteur de production, soit 5'502 fr. par mois en 2016 (ESS 2016, TA1_skill_level, niveau de compétences 1). Ce salaire brut standardisé tient compte d'un horaire de travail de quarante heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016, qui était de 41,7 heures (cf. La Vie économique). Le salaire mensuel adapté à cette durée hebdomadaire est ainsi de 5'735 fr. 84 (5'502 fr. x 41,7 / 40). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2016 à 2017 (+ 0.40 % ; La Vie économique), on obtient un revenu annuel de 69'105 fr. 40 (1.004 x 5'735 fr. 84 x 12), étant rappelé que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail

dans une activité adaptée. En application de la jurisprudence précitée (cf. consid. 6a/iv supra) et compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant, un taux d'abattement de 10 % est justifié en l'espèce. Le revenu avec invalidité, déterminé sur la base de l'ESS, s'élève donc à 62'194 fr. 85. Il est précisé que si l'OAI a retenu un revenu avec atteinte à la santé de 60'467 fr.37 dans sa décision du 20 juin 2018, c'est parce qu'il a déterminé le salaire 2014 sur la base de l'ESS 2014 pour ensuite l'indexer à 2016. En l'état, il est justifié de le déterminer conformément à l'ESS 2016 puis de l'indexer à 2017. e) Partant, compte tenu de ce qui précède, le taux d'invalidité calculé sur la base de l'ESS est de 5.54 % $([65'844 \text{ fr.} - 62'194 \text{ fr.} 85] / 65'844 \text{ fr.} \times 100)$, L'intimée était dès lors légitimée à refuser d'allouer au recourant une rente d'invalidité, étant ici rappelé à toutes fins utiles que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; TF 8C_132/2017 du 5 septembre 2017 consid. 4.2). 7. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (cf. recours du 22 décembre 2017). Il convient de rejeter cette requête dès lors que les pièces au dossier permettent de statuer en connaissance de cause et que l'expertise requise n'aboutirait pas, selon toute vraisemblance, à poser d'autres constatations relatives à l'état de fait pertinent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Par décision de la juge instructrice du 28 décembre 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 décembre 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Burysek. Cette dernière a produit deux listes des opérations les 14 novembre 2018 et 18 juin 2019. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Burysek est arrêtée à 2'224 fr. 85, débours et TVA (d'un taux de 8 % jusqu'au 31 décembre 2017 puis de 7.7 % dès le 1^{er} janvier 2018) compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 20 novembre 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. IV. L'indemnité d'office de Me Jana Burysek, conseil de J. _____, est arrêtée 2'224 fr. 85 (deux mille deux cent vingt-quatre francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jana Burysek (pour le recourant), ■ Me Didier Elsig (pour l'intimée), - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.