

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 118 vom 17. März 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-03-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2022\\_\\_118](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__118)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 118 du 17 mars 2022

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 118 del 17 marzo 2022

### Regeste

INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, ACCIDENT PROFESSIONNEL, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 18 LAA, 24 al. 1 LAA, 25 LAA, 16 LPGA, 28 al. 4 OLAA, 36 OLAA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2022 / 118

INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, ACCIDENT PROFESSIONNEL, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 18 LAA, 24 al. 1 LAA, 25 LAA, 16 LPGA, 28 al. 4 OLAA, 36 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 96/21 - 33/2022 ZA21.035001 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 17 mars 2022

\_\_\_\_\_ Composition : Mme Durussel , présidente Mme Dessaux, juge, et M. Reinberg, assesseur Greffière : Mme Toth \*\*\*\*\* Cause pendante entre : D. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée.

\_\_\_\_\_ Art. 16 LPGA ; 18, 24 al. 1 et 25 LAA ; 28 al. 4 et 36 OLAA. E n f a i t : A. a) D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1960, sans formation professionnelle, ressortissant [...], travaillait comme charpentier pour le compte de [...] depuis le 1 er mai 2012. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). b) Selon la déclaration de sinistre du 17 juillet 2012, l'assuré est tombé d'une échelle le 13 juillet 2012 alors qu'il posait des lames au plafond et a subi des lésions au bassin et au thorax. La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier du 19 juillet 2012). Dans un rapport du 17 août 2012, le Prof. C. \_\_\_\_\_, médecin chef au sein du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier J. \_\_\_\_\_ (ci-après : J. \_\_\_\_\_), ainsi que la Dre G. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé les diagnostics de fracture de la colonne antérieure et hémi-transverse postérieure comminutive du cotyle droit et d'hernie inguinale directe. Ils ont fait état d'un séjour de l'assuré dans leur service du 13 au 29 juillet 2012, date de son retour à domicile, et d'une intervention réalisée le 18 juillet 2012, à savoir une réduction ouverte par voie d'abord ilio-inguinale et une ostéosynthèse du cotyle droit par double plaque Matta, ainsi qu'une cure de la hernie inguinale avec un filet prothétique selon Rives. L'assuré, souffrant d'une coxarthrose post-traumatique, a subi une arthroplastie totale de la hanche droite le 8 avril 2013 (cf. protocole opératoire du 11 avril 2013). Il a séjourné au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique K. \_\_\_\_\_ (ci-après : K. \_\_\_\_\_), à [...], du 7 janvier au 5 février 2014. Par rapport du 17 février 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin adjoint de K. \_\_\_\_\_, et la Dre Z. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont notamment posé le diagnostic principal de thérapies physiques et

fonctionnelles pour douleur et limitation fonctionnelle de la hanche droite et le diagnostic supplémentaire de neuropathie sensitive du nerf fémoro-cutané droit révélé par électromyogramme du 9 janvier 2014. Ils ont également fait état à titre d'antécédent d'une prothèse totale de la hanche gauche en 2010 pour coxarthrose. S'agissant du motif de l'hospitalisation, ils ont exposé que depuis l'arthroplastie totale de la hanche droite le 8 avril 2013, l'évolution était plutôt favorable en ce qui concernait la boiterie et les douleurs intenses. Le patient avait pu reprendre son activité physiquement lourde de charpentier avec une augmentation progressive du taux de capacité jusqu'à 60 %. Néanmoins, il ne se sentait pas capable de reprendre cette activité à 100 % vu la réapparition de coxalgies droites lors des efforts physiques et de difficultés aux ports de charges. Il était mal à l'aise dans certains mouvements en hauteur et était donc adressé à K. \_\_\_\_\_ pour une rééducation intensive. Les Drs L. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont relevé que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable, à condition que la reprise de travail soit faite progressivement en débutant au taux de 60 % pendant les deux premières semaines, puis en l'augmentant de 10 à 20 % au début du mois de mars. L'assuré a repris son activité professionnelle de charpentier auprès de [...] à plein temps à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2014.

c) Par rapport du 8 septembre 2014 faisant suite à un examen médical du même jour, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a en particulier fixé à 22,5 % le degré de l'atteinte à l'intégrité de l'intéressé. Se référant à la table 5 du barème de l'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail n° 2870/5.f-2000, il a admis qu'un taux de 20 % pouvait être alloué, la situation juste avant la mise en place de la prothèse de la hanche droite correspondant à une coxarthrose de gravité moyenne, et qu'une augmentation de 2,5 % était justifiée en présence d'une neuropathie sensitive du nerf fémoro-cutané droit. Le médecin d'arrondissement a précisé que cette atteinte à l'intégrité était pondérée au sens de l'art. 36 al. 3 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Par décision du 27 octobre 2014, la CNA a octroyé à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 22,5 % correspondant à un montant de 28'350 fr., pour les séquelles accidentelles.

B. a) Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018, l'assuré travaillait en qualité de charpentier pour le compte de [...] (ci-après : l'employeur) et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CNA. b) Selon la déclaration de sinistre du 21 décembre 2018, le 17 décembre 2018, l'assuré a perdu l'équilibre sur le chevetre d'une lucarne, est tombé dans le trou de cette lucarne sur le dos et a subi une fissure des vertèbres lombaires ; le travail a été interrompu dès la date de l'accident. Il ressort également de cette déclaration que l'intéressé percevait un salaire mensuel brut de 5'700 fr., versé treize fois l'an. Le cas a été pris en charge par la CNA (cf. courrier du 9 janvier 2019 de la CNA). La CNA a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des Etablissements Hospitaliers [...] qui ont donné les premiers soins le 17 décembre 2018. Dans le rapport initial LAA du 14 janvier 2019, la Dre V. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, a indiqué que le patient avait consulté ensuite d'une chute de 1,60 mètre avec réception sur les fesses. Les examens radiologiques du bassin et de la hanche gauche n'avaient pas permis de déceler de fracture, mais celles de la colonne lombaire avaient montré une fracture de l'ostéophyte antérieur de D12, un tassement de L1, une fracture du plateau supérieur de L4 ainsi qu'une fracture du coccyx. La médecin susmentionnée a posé les diagnostics de fracture de l'ostéophyte antérieur de D12, de tassement de L1, de fracture du plateau supérieur de L4, de fracture du coccyx et de traumatisme crânien simple. Le 29 janvier 2019, la CNA a reçu un protocole opératoire daté du 20 décembre 2018, lequel attestait que l'assuré avait, le jour-même, fait l'objet d'une cimentoplastie des L1 gauche et

L4 droite au sein du Service [...] du J. \_\_\_\_\_. L'assuré a séjourné au Service d'orthopédie et traumatologie du J. \_\_\_\_\_ du 24 janvier au 7 février 2019. Il ressort du protocole opératoire établi le 1<sup>er</sup> février 2019 que l'assuré présentait une « dissociation tête-col PTH (prothèse totale de la hanche) gauche grosse tête métal/métal sur usure du col due à une métallose ». Aux termes d'un rapport du 12 février 2019, le Prof. C. \_\_\_\_\_, le Dr H. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint dudit service, et la Dre W. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé le diagnostic principal de dissociation tête-col de la prothèse totale de la hanche gauche le 21 janvier 2019. Ils ont procédé à une intervention chirurgicale le 28 janvier 2019, à savoir un changement de tige, de cupule et de tête, un débridement large, une ostéotomie du fémur proximal puis un cerclage de celui-ci et une mise en place d'une cupule double mobilité Symbol taille 52, d'un insert 52/28, d'une tête Biolox Delta 28/M, d'une tige Lima 16 x 140 mm et d'un col latéralisé 70 mm à la hanche gauche. Les médecins susmentionnés ont émis la synthèse suivante (sic) : « L'intervention se déroule sans complication. Les suites se compliquent d'embolies pulmonaires multiples segmentaires bilatérales, ainsi que d'une thrombose veineuse profonde courte (veine soléaire) du membre inférieur gauche, pour lesquelles un traitement par Clexane 80 mg, 2X/j est initié dès le 30.01.2019, à poursuivre minimum durant 3 mois. On ne note pas de complication suite à l'introduction d'une anticoagulation thérapeutique. En surveillance aux Soins Continus, on met en évidence une tachycardie supraventriculaire à QRS fins, stable hémodynamiquement. Sur le plan cardiovasculaire le patient ne serait pas connu pour HTA [hypertension artérielle], dyslipidémie et tabagisme ; l'anamnèse familiale pour maladie coronarienne et pour morte subite semble être également négative. M D. \_\_\_\_\_ est par ailleurs connu pour une dépendance à l'alcool avec risque de sevrage. Cliniquement, le patient signale des palpitations depuis plusieurs années, symptomatiques, sous forme de bouffées de chaleur, sans DRS [douleurs rétrosternales] ni dyspnée associée. L'analyse des ECG [électrocardiogramme] 12 pistes et longs permet de mettre en évidence un rythme sinusal de base sans critères pour une pré-excitation ventriculaire ; pendant les épisodes tachycardes on arrive à distinguer deux possibles troubles du rythme dont une tachycardie de rentrée nodale (171 bpm, axe QRS normal et possible onde P rétrograde à la fin de l'onde R) et un passage en FA [fibrillation auriculaire] (ECG du 24.01.2019). Le contexte d'embolie pulmonaire et le post-opératoire favorisent, avec l'éthylisme, les accès de tachycardie ; une anticoagulation est déjà en place et permet de protéger le patient du risque cardio-embolique. Pour bilancer la présence d'une cardiopathie structurale et identifier d'autres accès de FA, les cardiologues proposent de réaliser une échocardiographie transthoracique et un Holter ECG. Ce dernier serait plutôt à réaliser en électif à la PMU de cardiologie. Un traitement per os de bêtabloquant est débuté le 01.02.2019 (i.e. métoprolol) afin de diminuer le nombre des accès de tachycardie, le patient n'ayant pas de contre-indication à l'introduction de ce médicament. Le patient reste confortable. Les radiographies de contrôle post-opératoire sont satisfaisantes. La cicatrice est calme à la sortie. Il n'y a aucun trouble neuro-vasculaire en post-op. Il se mobilise dès J3 post opératoire en charge selon douleurs. A la sortie, il se mobilise de façon indépendante avec des cannes. A noter la découverte fortuite d'un nodule pulmonaire sous-pleural du LID [lobe inférieur droit] 6x11 mm, que les radiologues proposent de reconstrôler à 3 mois. Nos collègues internistes proposent un bilan de néoplasies habituelles en ambulatoire, notamment une discussion sur l'adénocarcinome prostatique en ambulatoire, avec le médecin traitant (OGD [oesophago-gastro-duodénoscopie] et colonoscopie déjà prévues). Au vu de la bonne évolution, il peut regagner son domicile en date du 07.02.2019. » Par avis du 25 mars 2019,

le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a exposé que les troubles de l'assuré ayant nécessité l'intervention du 28 janvier 2019 n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec les seules suites de l'accident du 17 décembre 2018. Selon lui, le rapport opératoire démontrait que l'atteinte était secondaire à l'usure de l'implant. Par rapport du 8 mai 2019, le Prof. C. \_\_\_\_\_ a observé que l'évolution de l'assuré était favorable ; en ce qui concernait la hanche, ce dernier se sentait souvent plus à l'aise avec des cannes car il ressentait une grosse fatigabilité au niveau des deux cuisses. Le médecin a suspecté un problème venant du dos et a noté s'agissant de la hanche qu'à l'examen clinique, la cicatrice était calme, les amplitudes articulaires dans la norme ; le bilan radiologique montrait une prothèse totale de hanche gauche en place et le cerclage au niveau du grand trochanter s'était cassé mais il n'y avait pas de déplacement secondaire au niveau du grand trochanter. Devant cette évolution très lentement favorable, le Prof. C. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2019 et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2019, estimant qu'une reprise de l'activité de charpentier était illusoire. Le 15 mai 2019, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle prenait en charge les troubles invoqués au niveau du bassin et de la colonne lombaire, mais que, selon les documents en sa possession et l'avis de son médecin d'arrondissement, les troubles de la hanche gauche ainsi que l'intervention du 28 janvier 2019 n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'évènement du 17 décembre 2018, de sorte qu'elle ne pouvait allouer de prestations d'assurance pour la hanche gauche. Lors d'un entretien le 29 mai 2019 avec un case manager de la CNA, l'assuré a expliqué être arrivé en Suisse en 1979, avoir travaillé durant quelques années pour le compte d'agriculteurs, puis comme charpentier depuis 1983 pour diverses entreprises. Il a indiqué que ses médecins lui avaient confirmé qu'il ne pourrait pas reprendre son activité de charpentier et qu'il ne pensait pas que son employeur actuel pourrait lui offrir une place de travail adaptée, celui-ci employant uniquement des menuisiers et des charpentiers. Il a également exposé que, sans son accident et étant donné son problème de hanche, il pensait travailler jusqu'à 62 ans et prendre une retraite anticipée en Suisse. L'assuré a déposé une demande de prestations à l'assurance-invalidité le 4 juin 2019, invoquant une chute sur le coccyx le 17 décembre 2018, avec pour conséquences quatre vertèbres cassées, dont trois cimentées, ainsi qu'une prothèse de la hanche gauche cassée et une complication ensuite de l'opération. Il a précisé que la quatrième vertèbre cassée n'était toujours pas « réparée ». Le 11 juin 2019, l'assuré a fait l'objet d'une cimentoplastie T12 sous anesthésie locale au sein du Service [...] du J. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 17 juin 2019 à la CNA, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a notamment fait état de ce qui suit : « Le patient a manifesté des douleurs à la hanche gauche au médecin des urgences lors de [l']accident [du 17 décembre 2018] mais le rapport de radiographie ne mentionne pas de fracture à ce niveau. J'ai vu le patient le 10.01.2019 en contrôle, 3 semaines après sa cimentoplastie L1 et L4 du 20.12.2018. Il mentionnait ressentir un claquement et une douleur persistants dans la hanche gauche depuis l'accident du 17.12.2018. Je l'ai donc envoyé faire des radios au J. \_\_\_\_\_ (cf rapport ci-joint) qui montraient une lyse du grand trochanter décrite comme déjà présente sur le cliché comparatif du 18.09.2018 . Je l'ai adressé au Pr C. \_\_\_\_\_ au J. \_\_\_\_\_ pour la suite de la prise en charge. Ce dernier l'a opéré le 28.01.2019 d'un changement de tige, de cupule et de tête, ostéotomie et cerclage. L'intervention s'est compliqué (sic) d'une TVP [thrombose veineuse profonde] et embolie pulmonaire. A noter que le Pr C. \_\_\_\_\_ ne se prononce

pas sur l'éventuelle nature accidentelle de la dissociation tête-col de la PTH. Par la suite, au vu de douleurs dorso-lombaires persistantes, le patient a eu un complément d'IRM [imagerie par résonance magnétique] qui a montré un tassement D12 récent. Une nouvelle cimentoplastie a été pratiquée (sic) en conséquence le 11.06.2019. Concernant la nature accidentelle de la dissociation tête-col de la PTH gauche, il est difficile de se prononcer. Le patient n'avait pas de douleurs avant l'accident mais des signes de déminéralisation étaient déjà constatés (sic) sur un cliché antérieur à l'accident. Dès lors, il me semble possible que la dissociation ait été « précipitée » par la chute du 17 décembre 2018, ce qui peut relier les suites à cet accident. » Par rapport du 10 septembre 2019, le Prof. C. \_\_\_\_\_ a relevé que le patient marchait toujours avec deux cannes en raison de douleurs lombaires mais également au niveau des deux hanches. Il a noté que la cicatrice était calme, le bassin à niveau et qu'il n'existait pas de vraies douleurs à la palpation ou de la mobilisation de la hanche. Selon lui, le bilan radiologique était tout à fait satisfaisant, une bonne consolidation avait été acquise et il n'y avait pas de déplacement secondaire du grand trochanter. Devant cette situation, il a estimé que les problèmes du patient étaient essentiellement dus à son dos. Lors d'un entretien du 17 septembre 2019 avec un case manager de la CNA et son employeur, l'assuré a été informé que, selon sa récupération sur le plan médical, son employeur pourrait lui mettre à disposition un poste de travail « un peu adapté » qui consisterait en des finitions intérieures ; ce travail léger pourrait ainsi lui permettre de faire le lien avec les prestations de retraite qu'il espérait toucher à 62 ans. L'assuré a séjourné à K. \_\_\_\_\_ du 12 novembre au 4 décembre 2019. Dans un rapport du 6 décembre 2019 à la CNA, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecin physique et réadaptation et en rhumatologie, et la Dre M. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé le diagnostic principal de dorsolombalgie chronique et les diagnostics secondaires de troubles dégénératifs du rachis, de maladie hyperostotante, de douleurs des hanches et de reflux gastro-oesophagien. Ils ont attesté une incapacité de travail totale dans la profession habituelle du 12 novembre 2019 au 31 janvier 2020 et ont notamment fait état de ce qui suit : « APPRECIATION ET DISCUSSION À l'entrée, le patient se plaint de douleurs au dos depuis la partie dorsale jusqu'à la partie lombaire avec irradiation aux hanches et à la partie antérieure des cuisses ddc [des deux côtés]. Les douleurs sont d'intensité 6/10 et l'empêchent parfois de marcher, avec blocage de la hanche droite lors de la marche ; la douleur est décrite comme un poids, sans les caractéristiques de douleurs neuropathiques. Les douleurs sont présentes déjà au repos (3/10), et s'accroissent lors de la marche (> 6/10), ou lors de la physiothérapie, ou à la montée des escaliers. Le patient utilise deux cannes anglaises pour tout déplacement hormis les courts déplacements à l'intérieur. Selon le patient, [i]l y a les mêmes douleurs la nuit qui le réveillent, et une impossibilité à dormir sur le dos. Le patient ne décrit pas de troubles vésico-sphinctériennes (sic). Le patient se plaint aussi d'une baisse de la sensibilité (pas de douleur) à la face antérieure de la cuisse droite depuis l'opération de 2012 (face antérieure-médiale et latérale). Le patient ne mentionne pas de gonalgies, mais une faiblesse aux MI [membres inférieurs] à la marche, sans lâchage. Le périmètre de marche serait limité à cause des douleurs à 10-15 minutes avec deux cannes anglaises. La douleur diminuerait avec l'utilisation de paracétamol et AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien] mais ne disparaîtrait pas. M. D. \_\_\_\_\_ dit conduire sa voiture sur de courtes distances : les douleurs dorso-lombaires s'accroissent après 2-3 minutes de conduite et imposeraient un arrêt après 15-20 minutes. Concernant les AVQ [activités de la vie quotidienne], le patient demande de l'aide pour enfiler et enlever les chaussettes et les chaussures ; il a besoin d'une planche de bain pour effectuer la douche dans la baignoire de façon autonome.

Sur le plan psychologique il décrit une thymie basse à cause de ses problèmes de santé et se montre très pessimiste quant aux possibilités de récupération et de reprise du travail. (...)

Examens radiologiques RX [radiographie] de la colonne dorso-lombaire du 20.11.2019 : les vertèbres dorsales moyennes et dorsales basses sont de morphologie normale hormis D11 qui est très discrètement cunéiforme. Status après cimentoplastie des vertèbres D12 et L1. La perte de hauteur en ce qui concerne D12 est minime avec uniquement un aspect discrètement cunéiforme. Au niveau lombaire, la vertèbre L1 est la vertèbre la plus tassée avec perte de hauteur du mur antérieur de l'ordre de 20 %. Pas de recul du mur postérieur. Pas de fuite de ciment visible. Après cimentoplastie. La hauteur du corps de L4 est normale. Petite fuite de ciment antérieurement à l'angle supérieur de L4. Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour. Sur le plan orthopédique : le bilan radiologique très rassurant du rachis contraste avec la persistance de douleurs intenses dorsolombaires et des hanches. L'ajout de Tramadol 25 mg en gouttes, 2-3 x/jour a permis de réduire un peu la douleur durant les thérapies. En fin d'hospitalisation, les douleurs sont toujours au premier plan et aucune progression fonctionnelle n'est notée. En ce qui concerne les hanches, le patient est toujours inquiet quant à l'état de ses prothèses qui seront encore contrôlées le 28.01.2020 par le Prof. C. \_\_\_\_\_ au J. \_\_\_\_\_. Sur le plan psychiatrique : Aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu. Le patient a été suivi par une psychologue au vu surtout de sa focalisation sur la douleur, de ses inquiétudes par rapport à son avenir personnel et professionnel et de la crainte de bouger. La kinésiophobie persiste à la fin du séjour malgré plusieurs entretiens axés sur la réassurance sur le plan médical, notamment par rapport au rachis. Il n'est pas prévu de suivi psychologique après la sortie. Le patient pourra s'adresser à un psychologue plus tard, s'il en ressent le besoin. Sur le plan neurologique : aucun Autre : nihil Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : kinésiophobie, catastrophisme, focalisation sur la douleur, sous-estimation de ses capacités fonctionnelles, doute important quant à l'état des prothèses, conviction que la rééducation ne pourra pas aider et que reprendre un travail sera très difficile. Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous : § physiothérapie § ateliers professionnels § psychosomatique L'évolution subjective et objective n'est pas significative. Le patient a toujours été ponctuel lors des séances, mais les douleurs annoncées ont limité les possibilités de la rééducation fonctionnelle. Aucune incohérence n'a été relevée. Le patient a été aux ateliers professionnels pour effectuer un descriptif de ses postes de travail. Il travaillait principalement comme charpentier non qualifié, activité demandant beaucoup d'efforts physiques ainsi que du travail sur terrain accidenté, sur des plans inclinés, en position accroupie ou à genoux, avec plusieurs changements de position et un port de charges lourdes. Le patient s'occupait aussi en collaboration avec son épouse d'une conciergerie de son immeuble locatif, notamment de l'entretien des extérieurs (Cf. rapport ateliers pour les détails). La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical. Le patient attend impatiemment que l'état de ses prothèses soit réévalué par le Prof. C. \_\_\_\_\_. Si notre collègue est en mesure de le rassurer et si M. D. \_\_\_\_\_ trouve les ressources pour s'engager dans des exercices réguliers à domicile et une physiothérapie ambulatoire régulière, une lente progression fonctionnelle est envisageable. Aucune nouvelle intervention n'est proposée pour le rachis. Les hanches seront prochainement réévaluées par le Prof. C. \_\_\_\_\_. Le pronostic de réinsertion dans l'activité professionnelle de charpentier et celle de concierge est défavorable en raison des facteurs médicaux. Un

changement d'activité professionnelle est nécessaire. Le pronostic de réinsertion dans une activité moins exigeante physiquement que celles-ci-dessus est défavorable en raison principalement des facteurs contextuels. » Les Drs P. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ont également joint à leur envoi un rapport de la phase initiale aux ateliers professionnels de K. \_\_\_\_\_ établi le 13 novembre 2019 par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et M. S. \_\_\_\_\_, maître socio-professionnel. Ces derniers y ont exposé que l'assuré avait travaillé auprès de la même entreprise en qualité de charpentier de 1983 à 2012 ; cette année-là, l'entreprise avait changé de gérant, mais poursuivi sa collaboration avec l'assuré jusqu'en août 2018. L'intéressé avait ensuite retrouvé un emploi en tant que charpentier auprès de son employeur actuel. Le Dr X. \_\_\_\_\_ et M. S. \_\_\_\_\_ ont également exposé que l'assuré s'occupait en collaboration avec sa femme de la conciergerie de son immeuble locatif, pour un salaire mensuel pour le couple de 450 fr. ; l'épouse de l'assuré s'occupait de l'entretien et du nettoyage des parties communes, tandis qu'il s'occupait durant la période estivale de l'entretien des extérieurs et de l'évacuation des déchets verts à la décharge, durant l'automne de ratisser les espaces verts et ramasser les feuilles et durant l'hiver du déblaiement de la neige et du salage des accès. Dans une synthèse, le Dr X. \_\_\_\_\_ et M. S. \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'il n'existait aucun aspect favorisant l'intégration socio-professionnelle pour le moment, le patient se déplaçant avec deux cannes anglaises et se plaignant de douleurs à la moindre mobilisation. Ils ont fait état à titre d'aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle liés à son handicap d'un périmètre de marche fortement limité, du fait que le patient ne se projetait plus dans le travail et qu'il souffrait de douleurs lombaires, ainsi qu'aux hanches et aux membres inférieurs ; ont également été mentionnés à titre d'aspects pénalisant l'intégration non liés au handicap des facteurs personnels et contextuels, des connaissances informatiques déclarées comme inexistantes, un français écrit non maîtrisé et une difficulté à conduire durant de longs trajets. Ainsi, le Dr X. \_\_\_\_\_ et M. S. \_\_\_\_\_ ont exposé que, même si la situation de santé n'était pas stabilisée, le pronostic de retour au travail était morose et que les indicateurs de retour au travail étaient extrêmement négatifs. Lors d'un entretien le 13 décembre 2019 avec un case manager de la CNA, l'assuré a indiqué que, grâce à son séjour à K. \_\_\_\_\_, il avait gagné un peu en mobilité mais que les douleurs étaient restées les mêmes et qu'il marchait toujours avec des cannes. Il a expliqué qu'il comptait toujours prendre une retraite anticipée à 62 ans et que sa fille avait téléphoné à sa Caisse LPP, laquelle avait confirmé qu'il pourrait prendre sa retraite à cet âge. Dans un rapport du 3 février 2020, le Prof. C. \_\_\_\_\_ a exposé qu'à l'examen clinique, la cicatrice était calme, le bassin à niveau et qu'il n'existait pas de vraie douleur à la palpation de la mobilisation de la hanche. Il a toutefois noté que le patient était « assez démonstratif et se plaignait de douleurs déjà en effleurant la cicatrice des deux côtés ». Le médecin a également indiqué que le bilan radiologique du bassin était tout à fait satisfaisant, que la consolidation était acquise et qu'il n'y avait pas de déplacement secondaire des implants, avec un cerclage au niveau du grand trochanter à gauche cassé de longue date. Il n'a pas proposé de traitement spécifique pour les hanches, précisant qu'en ce qui concernait son dos, le patient était suivi. Il a encore mentionné qu'il existait certainement un énorme problème asséurologique avec l'assuré, lequel était quelque peu vindicatif et se sentait malmené par les assurances et les médecins. A ses yeux, ce dernier pouvait travailler au moins de façon partielle dans un travail adapté, c'est-à-dire un travail ne nécessitant pas trop de déplacement et pas de position assise prolongée. Selon une attestation reçue le 3 février 2020 par la CNA émanant de l'employeur de l'assuré, le salaire présumable de l'assuré sans l'accident aurait été de

5'700 fr. en 2018, gratification ou treizième salaire en sus, pour 44 heures de travail hebdomadaires ; en 2019, le salaire présumable aurait été de 6'300 fr. et, en 2020, de 7'000 fr., gratification ou treizième salaire en sus, pour 41 heures de travail hebdomadaires. Interrogé par la CNA sur les fortes augmentations de salaire prévues pour 2019 et 2020, l'employeur de l'assuré a indiqué, lors d'un entretien téléphonique du 7 février 2020, que ce dernier avait été engagé aux mêmes conditions que chez son ancien employeur, mais que le salaire n'était selon lui pas du tout adapté à son âge et son expérience ; il avait donc prévu de l'augmenter après les trois mois d'essai, soit en janvier 2019, et également en 2020 afin de parvenir au même salaire que les autres employés de la société ayant la même expérience et le même âge. Dans un rapport du 17 avril 2020 adressé au Dr O. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_ et la Dre Q. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en anesthésiologie, ont posé les diagnostics de fracture subaiguë de L4, de lombalgies chroniques avec radiculgies L3-L4 bilatérales et de neuropathie du nerf cutané latéral de la cuisse droite. Ils ont relevé que l'IRM du rachis lombaire effectuée le 19 mars 2020 avait montré la persistance d'une fracture subaiguë non consolidée et asymétrique du plateau vertébral supérieur de L4, latéralisée à gauche, une discopathie dégénérative lombaire pluri-étagée associée à des lésions d'arthropathie interapophysaire postérieures bilatérales hypertrophiques étagées modérément inflammatoires, une lipomatose épidurale L5-S1, une protrusion discale focale postéro-latérale gauche L3-L4 associée à une discopathie dégénérative asymétrique, à l'origine d'une sténose du récessus latéral gauche en possible conflit sur l'émergence du sac dural du trajet radiculaire L4 gauche ainsi qu'une arthropathie dégénérative sacro-iliaque bilatérale. Cette IRM révélait de plus qu'il n'y avait pas de conflit sur les trajets radiculaires L2-L3-L4 droit. Quant à l'IRM dorso-lombaire du 24 juillet 2019, elle révélait un alignement des murs antérieurs et postérieurs de la colonne dorso-lombaire. Les médecins précités ont attesté que l'on retrouvait le status post-cimentoplastie de L1 et L4, sans changement par rapport au comparatif, le status post-cimentoplastie de D12, sans majoration du tassement vertébral par rapport au comparatif, les hypersignaux T2 du bord inféro-postérieur de D12, sans changement significatif par rapport au comparatif, le bombement discal en L3-L4, avec conflit récessal de la racine L4 gauche, ainsi que des remaniements dégénératifs zygapophysaires de la colonne lombaire basse, sans changement significatif par rapport au comparatif. En conclusion, ils ont exposé ce qui suit : « Il s'agit d'un patient de 59 ans adressé pour la prise en charge de ses douleurs lombaires. Il présente des douleurs suite à une chute à son travail, et malgré les 3 cimentoplasties, le patient reste algique et ne peut se promener sans sa canne plus de 10 minutes. La clinique est suggestive pour une atteinte sacro-iliaque mais également pour une inflammation facettaire. Les fortes douleurs du bassin rendent l'examen difficile à interpréter notamment pour le signe de Lasèque et retrolasèque. Il n'y a pas de trouble moteur, les réflexes des membres inférieurs sont symétriques minimes au niveau rotulien et absent achilléen. Au vu de l'importance de ces douleurs, nous demandons une IRM. Cet examen confirme notre suspicion clinique. Une fracture de L4 subaiguë nous pousse à consulter nos collègues orthopédistes (Dr [...]) : après relecture des images, cette vertèbre reste stable dans sa forme, un geste chirurgicale (sic) supplémentaire n'est pas indiqué. Un récent avis auprès de Pr C. \_\_\_\_\_ a permis d'écarter une origine prothétique de ses hanches. Nous prescrivons un traitement de Mydocalm, qu'il gardera pour le soir, du Tramadol cp retard pour le matin. Le patient bénéficiera d'infiltration de type sacro-iliaque ou de blocs de branche médiane au niveau de la jonction thoraco-lombaire ou lombaires basses, et si bonne réponse après une série de 2 block tests d'une éventuelle radiofréquence thermique. » L'assuré a été examiné le 23 juillet

2020 par la Dre F. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, qui a notamment retenu ce qui suit dans son rapport du 28 juillet suivant : « Appréciation Il s'agit d'un assuré de presque 60 ans, dont les antécédents sont décrits ci-dessus et sur lesquels nous ne reviendrons pas. Subjectivement, l'assuré déclare d'importantes douleurs avec des douleurs au repos qui sont constantes à 3-4/10 dans la meilleure position où l'assuré se sent, qui est en décubitus latéral D [droit] genoux pliés. Lorsque l'assuré reste assis, marche, se lève, il présente des douleurs entre 6 et 6.5/10 avec (sic) qui peuvent augmenter à l'effort et à la marche plus importantes jusqu'à 7/10. L'assuré prend un lourd traitement et a pour l'instant refusé les infiltrations proposées par le Centre d'antalgie car aucune garantie ne peut lui être donnée quant au résultat. Objectivement, l'assuré marche avec deux cannes et peine à se déplacer sans dans la salle d'examen. Il présente une boiterie d'épargne des deux MI. De dos, alors que l'assuré est toujours en possession des deux cannes, on constate une épaule G [gauche] plus basse que la D avec des tensions de la ceinture scapulaire. Le bassin semble équilibré. L'assuré déclare d'importantes douleurs même à l'effleurement. Le fil à plomb permet de retenir une attitude scoliotique avec un fil à plomb à 2 cm à G du pli interfessier et une flèche cervicale de 7 cm et lombaire de 5 cm. Le Schober lombaire est quasi impossible à réaliser, l'assuré ne lâchant pas les cannes et ayant une mobilité du tronc extrêmement réduite. Quant à la distance doigt-sol, elle ne peut pas être faite. Couché sur le dos, on déclenche des douleurs déjà à 10° de flexion des MI au niveau lombaire. Toutefois il ne s'agit pas d'un signe de Lasègue positif. L'assuré ne présente donc pas de trouble sensitivo-moteur. Sur le plan médical, la situation est maintenant stabilisée. Nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes. L'assuré ne doit pas avoir des positions statiques debout ou assis et doit pouvoir alterner les positions au minimum 4 fois par heure avec quelques pas. L'assuré ne doit pas porter des charges, il ne doit pas avoir de position en porte-à-faux du tronc et il ne doit pas avoir de marche prolongée au-delà de quelques pas. Si l'on tient compte en plus de l'atteinte de la hanche D avec mise en place d'une PTH D même avec un bon résultat, il ne paraît pas raisonnable de penser que pour les seules suites de l'événement 01.36964.12.7, l'assuré puisse encore avoir une activité lourde et sur les toits. En ne tenant compte que des limitations fonctionnelles en lien avec l'événement de 2018 et celui de 2012, nous ne pouvons pas retenir que cet assuré présente une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Cependant moyennant le respect strict des limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible est de 50 %. Nous avons expliqué à l'assuré que nous n'avons pas pris en compte, dans notre appréciation, la problématique de la hanche G qui est d'origine malade ni les problématiques non médicales à savoir l'absence de diplôme, l'âge de l'assuré. Nous retenons encore que l'activité de menuisier n'est plus une activité exigible. L'assuré présente des séquelles, selon les tables indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA, qui feront l'objet d'une appréciation séparée. » Aux termes d'un rapport intitulé « Estimation de l'atteinte à l'intégrité » et daté du 28 juillet 2020, la Dre F. \_\_\_\_\_ a fait part de l'analyse suivante : « 1 Constatations Dorsolombalgies chroniques dans les suites d'une chute le 17.12.2018 ayant entraîné une fracture-tassement de L4, L1 et D12 et fracture de l'apophyse épineuse D12 qui a nécessité une cimentoplastie le 20.12.2018 de L1 et L4 et une cimentoplastie de D12 le 11.02.2019 [ recte : le 11.06.2019]. 2 Evaluation de l'atteinte à l'intégrité Taux d'atteinte à l'intégrité 19.375 % 3 Motif Dans la table 7 des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale (indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, réf.2870/7.f-2004), on note que pour les fractures cervicales, dorsales ou lombaires avec un angle entre 10° et 20° un taux d'IpAI de 20 à 25 % lorsque les douleurs sont permanentes,

plus ou moins intenses, également la nuit et au repos avec une charge supplémentaire impossible et des douleurs qui diminuent que lentement, aggravation. Dans cette situation, nous retenons que les séquelles que présente cet assuré correspondent à un taux de 25 % d'IpAI. Ce taux a été pondéré au sens de l'article 36 alinéa 2 [ recte : 3] OLAA et nous arrivons donc à un taux d'IpAI de 19.375 %. » Lors d'un entretien du 7 septembre 2020 en présence d'un case manager de la CNA, l'employeur a indiqué à l'assuré qu'il ne pouvait pas lui offrir une place de travail adaptée étant donné son état de santé actuel. Il a ainsi été convenu que la société résilie le contrat de travail pour la fin du mois de septembre 2020. Ce même jour, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2020, dans la mesure où l'examen médical du 28 [ recte : 23] juillet 2020 avait révélé que la poursuite du traitement médical ne saurait apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident. Par courrier électronique du 26 octobre 2020 en réponse à la CNA, une employée en charge de la comptabilité et des ressources humaines de [...] a indiqué qu'en 2020, un charpentier de 40 à 45 ans travaillant à temps complet pour l'entreprise serait rémunéré 6'000 fr. brut par mois, versé treize fois l'an, soit un montant annuel de 78'000 francs. c) Par décision du 27 novembre 2020, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente de 60 % à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2020. Pour déterminer le taux d'invalidité, l'assureur s'est fondé sur un revenu de valide de 78'000 fr. (fixé selon l'art. 28 al. 4 OLAA), qu'il a comparé au revenu d'invalidité de 31'046 fr. (établi sur la base de l'Enquête sur la structure des salaires [ci-après : l'ESS] de 2018, pour un homme, niveau de compétences 1, compte tenu d'une exigibilité de 50 % et après un abattement de 10 % pour limitation fonctionnelles). Enfin, la CNA a octroyé à l'intéressé une IPAI de 19,38 %, soit un montant de 28'721 fr. 15. Par opposition du 11 décembre 2020 complétée le 25 mars 2021, l'assuré, désormais représenté par Me Flore Primault, a formé opposition contre la décision précitée. En substance, il a fait valoir que, s'agissant du calcul du revenu avec invalidité, l'abattement devait à tout le moins être de 20 %, compte tenu du fait qu'aucun employeur ne serait disposé à engager un homme de plus de 60 ans, avec de nombreux handicaps, sans aucune expérience dans le domaine burlesque et ce pour une durée limitée de quatre ans jusqu'à la retraite. Il a également estimé que le revenu sans invalidité devait s'élever à 91'000 fr., soit le revenu qu'il aurait perçu en 2020 de la part de son employeur, selon attestation de février 2020 au dossier, ce revenu devant encore être complété par celui de son activité accessoire en qualité de concierge qu'il partageait avec son épouse, correspondant à la moitié de 450 fr. par mois en 2019, soit un montant supplémentaire de 2'700 fr. par an. En ce qui concerne l'IPAI, l'assuré a indiqué que celle-ci devait s'élever à 35 %, soit le taux maximal prévu par le barème dans son cas de figure, compte tenu de l'importance de ses douleurs, sans pondération. Par décision sur opposition du 14 juin 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a indiqué pour l'essentiel que, pour ce qui était du revenu d'invalidité, étant donné qu'elle s'était fondée sur le revenu auquel pouvait prétendre un homme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 selon l'ESS, ni l'âge de l'assuré, ni son niveau de formation, de connaissances linguistiques ou d'expérience ne pouvaient être pris en compte dans l'abattement. S'agissant du revenu sans invalidité, elle a estimé qu'elle avait à juste titre fait application de l'art. 28 al. 4 OLAA et s'était donc référée au revenu versé à un assuré d'âge moyen dans l'entreprise qui employait l'assuré, puisque c'était principalement en raison de son âge que l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative ; elle a en particulier relevé à cet égard le projet de ce dernier de prendre une retraite anticipée à 62 ans qui limitait d'autant

plus la perspective de retrouver un emploi. De plus, selon elle, l'activité accessoire de concierge n'était pas établie, de sorte qu'il ne pouvait en être tenu compte. En ce qui concerne finalement l'IPAI, la CNA a relevé que l'assuré se contentait de réclamer une indemnité de 35 % sans toutefois émettre d'élément objectif permettant de comprendre en quoi l'estimation de l'atteinte à l'intégrité effectuée par la Dre F. \_\_\_\_\_ serait erronée. Ainsi, elle était d'avis qu'il n'existait aucun motif de revoir à la hausse le taux de 19,375 % retenu dans la décision entreprise, lequel reposait sur les conclusions dûment motivées de la médecin précitée. C. Par acte du 16 août 2021, D. \_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a requis à titre préliminaire la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. En outre, il a conclu principalement à la réforme de la décision attaquée, en ce sens de l'octroi d'une rente d'invalidité fixée à dire de justice, selon taux d'invalidité tenant compte, dans le cadre de son revenu sans invalidité, du salaire perçu en tant que concierge, ainsi que de l'octroi d'une IPAI supérieure à 19,375 %. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de dite décision, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, le recourant fait valoir une application erronée par l'intimée de l'art. 28 al. 4 OLAA, soutenant que son incapacité à retrouver un emploi provient de l'accident et, ainsi, de ses limitations fonctionnelles, et non de son âge. A cet égard, il précise que l'intimée tient compte à tort de son projet de retraite anticipée, alors que celui-ci a vu le jour conséquemment à ses atteintes à la santé liées à l'accident du 17 décembre 2018. Le recourant invoque en outre une violation par l'intimée de son devoir d'instruction puisque celle-ci aurait omis de requérir les pièces relatives à son activité accessoire de concierge, malgré la mention de cette activité par plusieurs pièces au dossier. S'agissant finalement de l'IPAI, le recourant se fonde sur la table d'indemnisation n° 7 des Informations de la division médicale de la CNA pour établir qu'il a droit à une IPAI de 20 à 35 %. Il fait également valoir que l'intimée a fait abstraction de ses autres atteintes à la santé, notamment de la dissociation tête-col de la prothèse totale de la hanche gauche, celle-ci ayant possiblement été précipitée par la chute du 17 décembre 2018 selon le Dr O. \_\_\_\_\_; ainsi, l'IPAI devrait encore être augmentée de manière non négligeable en vertu de la table d'indemnisation n° 2 des Informations de la division médicale de la CNA. Par réponse du 21 septembre 2021, l'intimée a maintenu sa position et réitéré les arguments présentés dans sa décision sur opposition. Elle a ajouté que le recourant, dans ses déterminations du 11 décembre 2020 à l'encontre d'un projet de décision du 10 novembre 2020 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), avait expliqué que c'était essentiellement en raison de son âge avancé, proche de la retraite, qu'il ne pouvait pas retrouver une activité professionnelle. Dans ses déterminations, le recourant, dûment assisté, n'avait de plus pas contesté le revenu sans invalidité tel que calculé par l'OAI, qui n'avait pourtant pas tenu compte du revenu lié à une activité accessoire en qualité de concierge. En ce qui concerne l'IPAI, l'intimée a estimé que la Dre F. \_\_\_\_\_ avait tenu compte dans son appréciation de toutes les atteintes à la santé du recourant ; celle-ci avait mentionné le rapport du 17 juin 2019 du Dr O. \_\_\_\_\_ auquel se réfère le recourant, mais également celui du le Prof. C. \_\_\_\_\_, lequel suivait spécifiquement le recourant pour ses hanches et s'était voulu rassurant dans son rapport du 10 septembre 2019, indiquant que le bilan radiologique était tout à fait satisfaisant à cet égard et que les problèmes du recourant étaient essentiellement dus à son dos. D. Le dossier de l'assurance-invalidité du recourant a été versé au dossier de la présente cause. Il y figure en

particulier un rapport du 27 août 2020 à l'OAI, par lequel le Dr O. \_\_\_\_\_ a indiqué que la santé de l'assuré ne s'était pas améliorée, malgré une prise en charge antalgique et physiothérapeutique sur les huit derniers mois. Il a expliqué que le patient ressentait toujours autant de douleurs dorso-lombaires et de coxalgies gauches, qui l'obligeaient à marcher avec une ou deux cannes de manière permanente. Il a attesté une incapacité totale de travail définitive dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le 17 décembre 2018. Il a ajouté que ceci était d'autant plus valable que l'assuré de 60 ans, de langue maternelle étrangère et sans aucune formation reconnue en Suisse n'avait pratiquement aucune chance de trouver un emploi en dehors du secteur du bâtiment, secteur qui lui était inaccessible sur le plan médical. Selon lui, un encouragement à la réinsertion ou une formation soutenue par l'AI n'avait pas beaucoup de sens, au vu de la relative proximité de l'âge de la retraite. Il en ressort également un projet de décision du 10 novembre 2020, par lequel l'OAI entendait octroyer une rente entière d'invalidité au recourant du 1<sup>er</sup> décembre 2019 au 31 octobre 2020, ainsi qu'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2020. L'office a motivé son projet de décision comme suit : « Résultat de nos constatations : Depuis le 17 décembre 2018 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail s'est considérablement restreinte. A la fin du délai d'attente d'une année, soit au 18 décembre 2019, vous présentiez une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité professionnelle. Le degré d'invalidité alors présenté était de 100%. Il ressort des pièces au dossier qu'au plus tard au 23 juillet 2020, vous avez retrouvé une capacité de travail médicalement exigible de 50% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de positions statiques debout ou assis, possibilité d'alterner les positions au minimum 4 fois par heure avec quelques pas, pas de port de charges, pas de position en porte-à-faux du tronc ni de marche prolongée au-delà de quelques pas. Si vous n'aviez pas de problèmes de santé, vous pourriez obtenir à l'heure actuelle, en exerçant votre activité de charpentier, un revenu annuel de CHF 74'470.50. Du point de vue médical, l'exercice d'une activité adaptée à 50% est raisonnablement exigible (par exemple un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, comme le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ou comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres) et vous permettrait de gagner CHF 30'800.70 par an selon les données statistiques ESS (enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires), en tenant compte d'un abattement de 10% en raison de votre âge et du taux d'occupation exigible qui peuvent engendrer un désavantage salarial). Le degré d'invalidité présenté est calculé ainsi : Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 74'470.50 avec invalidité CHF 30'800.70 La perte de gain s'élève à CHF 43'669.80 = un degré d'invalidité de 59% » Par courrier du 11 décembre 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet de décision susmentionné. Il a en premier lieu invoqué que son âge – soit plus de soixante ans – combiné avec ses handicaps ne lui permettaient pas de retrouver un emploi sur le marché du travail actuel, de sorte qu'une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée. Il a subsidiairement fait valoir qu'il convenait de retenir un abattement de 20 % dans le cadre du calcul du revenu d'invalidité, au vu de son âge et de ses limitations fonctionnelles. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent

faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si ces prestations doivent être fondées sur un taux d'invalidité supérieur à 60 % et sur une atteinte à l'intégrité supérieure à 19,38 % 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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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). b) 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 (art. 19 al. 1 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le

revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). aa) 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). bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (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). cc) 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'invalide 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). c) Aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux ; il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGa. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA. D'après l'art. 28 al. 4 OLAA, si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident (variante 1) ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé (variante 2), les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition réglementaire, qui vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui

comporteraient, en fait une composante de prestation de vieillesse, est conforme à la loi (ATF 122 V 426 ; 113 V 132 consid. 4b). D'après cette norme, il y a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalidé, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité (ATF 114 V 310 consid. 2 ; ATF 122 V 426 consid. 7b/aa non publié). Selon la jurisprudence, la notion d'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe autour de 42 ans ou entre 40 et 45 ans ; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b et 2). Selon la jurisprudence, pour que le revenu d'invalidé soit fixé en fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles, il faut que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain (ATF 122 V 418 consid. 3b ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c). Par ailleurs, l'art. 28 al. 4 OLAA ne vise pas seulement l'éventualité dans laquelle l'âge avancé est la cause essentielle de la limitation de la capacité de travail mais il concerne également la situation où il est la cause essentielle de l'empêchement d'exercer une activité professionnelle qui aurait permis de maintenir la capacité de gain (RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c ; arrêt U 538/06 du 30 janvier 2007 consid. 3.2). Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accident doit répondre (TF 8C\_554/2017 ; ATF 122 V 418 consid. 3a ; TF 8C\_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.1). La deuxième variante est également applicable lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (TF 8C\_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.2.2 ; 8C\_346/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2 ; 8C\_806/2012 du 12 février 2013 consid. 5.2.2). Il s'agit d'empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse. La comparaison des revenus au sens de cette disposition doit être établie en se référant au salaire que pourrait obtenir une personne d'âge moyen ayant les mêmes aptitudes professionnelles et personnelles que l'assuré. Est déterminant pour les revenus hypothétiques avant et après invalidité, le salaire que pourrait obtenir cette personne compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement exiger d'elle (U 21/03 du 25 août 2003 ; ATF 122 V 426 consid. 7 publié dans RAMA 1997 n° U 271 p. 151 ; ATF 114 V 315 consid. 4a). Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de faire application de l'art. 28 al. 4 OLAA à de nombreuses reprises. On relèvera les cas suivants, à titre d'exemple. Dans le cas 8C\_554/2017 du 4 juillet 2018, le recourant était âgé de 64 ans au moment de l'ouverture du droit à la rente. Le Tribunal fédéral a admis que l'absence de reprise de travail était due – principalement à tout le moins – à son âge avancé. L'entreprise dans laquelle il travaillait n'était pas à même de lui offrir un poste adapté à son handicap et il était pour le moins douteux qu'il eût pu retrouver un emploi pour une durée d'une année seulement. Dans ces conditions, il y avait matière à faire application de l'art. 28 al. 4 OLAA. Le Tribunal fédéral a également jugé pour le moins douteux que le recourant eût pu retrouver un emploi pour une durée d'une année seulement dans l'arrêt 8C\_655/2018 du 31 octobre 2019 et a admis l'application de cette disposition. Dans un arrêt 8C\_250/2009 du 1<sup>er</sup> juillet 2009, le

Tribunal fédéral a considéré que, certes, l'âge avancé (60 ans) et une expérience professionnelle unique étaient deux obstacles distincts à la recherche d'un nouvel emploi. Cependant, ces causes étaient intimement liées, en tant que l'absence de diversité professionnelle était aggravée par l'âge avancé de l'assuré. C'est pourquoi l'âge apparaissait en l'occurrence comme la cause essentielle empêchant l'assuré de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de gain en exerçant des activités proposées par l'assureur-accident. Etant donné que les renseignements médicaux versés au dossier faisaient état d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, on ne pouvait dès lors retenir que c'était en raison de ses problèmes de santé que l'intéressé ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité de gain résiduelle. Cela étant, du moment que l'âge avancé apparaissait comme la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain, l'assureur était fondé à fixer le revenu d'invalidité en fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles.

4. Le recourant estime avoir droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents supérieure à 60 %. Il ne conteste pas qu'il dispose d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, comme retenu par la CNA sur la base de l'appréciation de la Dre F. \_\_\_\_\_ . Il critique en revanche le calcul du taux d'invalidité opéré par l'intimée.

a) Dans sa décision sur opposition, pour établir le revenu avec invalidité du recourant, la CNA s'est fondée sur le salaire moyen ressortant de l'ESS 2018, qu'elle a indexé à 2020, se référant au salaire versé à un homme dans le secteur privé, avec un niveau de compétence 1, et tenant compte d'une exigibilité de 50 % et d'un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles, ce qui donne un revenu sans invalidité de 31'046 francs. Ce calcul – qui n'est d'ailleurs plus contesté par le recourant au stade du recours – ne prête pas le flanc à la critique. Au vu toutefois des allégations de l'assuré figurant dans son opposition, on précisera que le niveau de formation et d'expérience de celui-ci ne justifient pas d'abattement particulier, dans la mesure où l'intimée s'est fondée, pour arrêter le revenu avec invalidité, sur un niveau de compétence 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation, ni expérience professionnelle spécifique, l'influence des années de service sur ces catégories d'emploi étant peu importante (cf. TF 8C\_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). En outre, le prétendu handicap lié à l'âge du recourant ne saurait justifier un abattement supplémentaire ; en effet, dès lors que les activités adaptées envisagées ne requièrent ni formation ni expérience professionnelle spécifique, les effets pénalisants au niveau salarial induits par l'âge ne peuvent être considérés comme suffisamment établis (cf. TF 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 et les références citées). Dès lors, l'abattement de 10 % retenu par l'intimée compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant doit être confirmé, tout comme le revenu d'invalidité de 31'046 francs.

b) S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée s'est fondée sur le salaire versé à un assuré d'âge moyen en 2020 dans l'entreprise qui employait l'assuré, à savoir un montant de 78'000 fr. selon indications de l'employeur. Elle a en effet estimé que c'était essentiellement pour des motifs liés à son âge que le recourant n'avait pas repris d'activité lucrative et a fait application de l'art. 28 al. 4 OLAA. Le recourant soutient quant à lui que c'est en raison des séquelles de l'accident qu'il n'a pas repris d'activité lucrative. Il fait valoir que son ancien employeur désirait le conserver à son service, mais que cela s'est révélé impossible en raison de son état de santé. Il se prévaut d'un salaire sans invalidité de 91'000 fr., conformément aux renseignements fournis par son employeur à la CNA, auquel doit être ajouté le salaire relatif à son activité accessoire de concierge.

aa) En ce qui concerne l'application de l'art. 28 al. 4 OLAA, on constate tout d'abord que le recourant avait

presque 60 ans au moment du début de la rente, ce qui correspond à un âge avancé au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c supra ). Depuis son accident du 17 décembre 2018, l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle. Or, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée lui a été reconnue par la Dre F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 juillet 2020, par lequel elle a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : l'assuré ne doit pas rester en positions statiques debout ou assis et doit pouvoir alterner les positions au minimum quatre fois par heure avec quelques pas ; il ne doit pas porter des charges, avoir de positions en porte-à-faux du tronc et effectuer de marche prolongée au-delà de quelques pas. L'employeur n'a toutefois pas été en mesure d'offrir au recourant un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles (cf. procès-verbal de l'entretien du 7 septembre 2020 avec le case manager de la CNA). Il faut admettre que l'absence de reprise de travail est essentiellement due à l'âge de l'assuré. En effet, l'assuré n'ayant plus qu'une capacité de travail dans une activité adaptée, cela implique une réadaptation importante pour celui-ci, ce qui est rendu extrêmement compliqué en raison de son âge. On relève en premier lieu que le recourant n'a pas de formation professionnelle et exerce la profession de charpentier depuis 1983, ayant travaillé durant trente ans auprès du même employeur, puis pour deux nouveaux employeurs en 2012 et 2018. Or, l'absence de diversité professionnelle et de formation qualifiée sont évidemment des freins pour la reprise d'une activité professionnelle, ces éléments étant aggravés par l'âge avancé du recourant, comme le prévoit la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c supra ). On constate en outre que divers médecins ont attesté l'existence de facteurs non médicaux influençant défavorablement la réinsertion de l'intéressé. A cet égard, les médecins de K. \_\_\_\_\_, les Drs P. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, dans leur rapport du 6 septembre 2019, ont constaté à titre de facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles une kinésiophobie, un catastrophisme, une focalisation sur la douleur, une sous-estimation de ses capacités fonctionnelles, un doute important quant à l'état des prothèses et une conviction que la rééducation ne pourra pas l'aider et que reprendre un travail serait très difficile. Le Prof. C. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 3 février 2020, a également relevé qu'il existait un énorme problème assécurologique avec l'intéressé, lequel était vindicatif et se sentait malmené par les assurances et les médecins, alors que, selon lui, le patient pouvait travailler au moins à temps partiel dans une activité adaptée. De même, par rapport du 27 août 2020, le Dr O. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité totale de travailler définitive, ajoutant que ceci était d'autant plus valable que l'assuré, âgé de 60 ans, de langue maternelle étrangère et sans aucune formation reconnue en Suisse, n'avait pratiquement aucune chance de trouver un emploi en dehors du secteur du bâtiment, secteur qui ne lui était désormais plus accessible compte tenu de son état de santé. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a également estimé qu'un encouragement à la réinsertion ou une formation soutenue par l'AI n'avait pas beaucoup de sens, au vu de la proximité de l'âge de la retraite. Enfin, la Dre F. \_\_\_\_\_ a fixé la capacité de travail du recourant à 50 %, précisant qu'elle ne tenait pas compte dans son estimation de l'absence de formation et de l'âge de l'assuré. Ces difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, ainsi que la diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage sont directement liées à l'âge du recourant. Les atteintes constatées n'auraient en effet pas généré une telle invalidité chez une personne d'âge moyen qui aurait pu reprendre une activité adaptée sur le marché ordinaire de l'emploi. Cela est d'autant plus vrai que le recourant a déclaré que, même sans son accident, il aurait envisagé une retraite anticipée à 62 ans, compte tenu de son problème à la hanche (cf. procès-verbal d'entretien du 29 mai 2019 avec le case manager de la CNA). Il ressort de surcroît des pièces au dossier

que cette intention s'est confirmée, l'assuré ayant répété son souhait lors des divers entretiens avec le case manager de la CNA et s'étant renseigné sur cette possibilité auprès de sa caisse LPP (cf. procès-verbaux d'entretiens des 17 septembre 2019 et 13 décembre 2019). Ainsi, le recourant qui, avant même qu'il ait eu un accident, envisageait une retraite anticipée compte tenu de ses problèmes dégénératifs à la hanche gauche, ayant nécessité une pose de prothèse totale en 2010 ainsi qu'une nouvelle intervention en janvier 2019, ne bénéficiait plus que de deux ans d'activité avant sa retraite au moment du début de la rente. Il est ainsi tout à fait douteux que l'assuré ait pu retrouver un emploi pour une durée aussi courte, compte tenu de son âge. Au vu de ce qui précède, la CNA était légitimée à appliquer l'art. 28 al. 4 OLAA puisque c'est bien en raison de son âge, proche de la retraite anticipée et ne lui permettant pas de se réinsérer dans un nouvel emploi, que le recourant n'a pas repris une activité professionnelle. A toutes fins utiles, on relèvera que l'OAI, dans son projet de décision du 10 novembre 2020, a retenu un revenu sans invalidité de 74'470 fr. 50 et un revenu avec invalidité de 30'800 fr. 70, en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison de l'âge du recourant ainsi que du taux d'occupation exigible pouvant engendrer un désavantage salarial, alors que la CNA a retenu un revenu sans invalidité de 78'000 fr. en application de l'art. 28 al. 4 OLAA et un revenu avec invalidité de 31'046 fr. 38 en tenant compte d'un abattement de 10 % compte tenu des limitations fonctionnelles. Les chiffres retenus sont comparables alors que l'OAI ne connaît pas l'application de l'art. 28 al. 4 OLAA. S'agissant plus précisément de la quotité du revenu sans invalidité, comme indiqué ci-dessus, l'intimée a pris en compte un salaire de 6'000 fr., versé treize fois l'an, soit un montant annuel de 78'000 fr., tel qu'indiqué par l'employeur pour un charpentier d'âge moyen travaillant à temps complet dans l'entreprise (cf. courrier électronique du 26 octobre 2020 de l'employeur à la CNA). Ce salaire est pourtant étonnant puisque l'assuré lui-même ne percevait pas un tel revenu alors qu'il était nettement plus âgé et donc plus expérimenté. En définitive, le revenu d'un assuré d'âge moyen qui aurait dû être retenu est tout au plus celui que percevait l'assuré en 2018 (74'100 fr.) indexé à 2020, soit un montant de 75'587 fr. 50. En le comparant au revenu avec invalidité de 31'046 fr., on obtient un degré d'invalidité de 58,93 %, arrondi à 59 %. Le degré d'invalidité de 60 % retenu par l'intimée est ainsi favorable au recourant. Il est renoncé à procéder à une reformatio in pejus sur ce point, au vu de la faible différence entre ces deux taux. bb) Quoiqu'il en soit, même si la CNA n'avait pas appliqué l'art. 28 al. 4 OLAA, le résultat ne s'en trouverait pas plus favorable à l'assuré. Le recourant soutient que son revenu sans invalidité doit correspondre à ce qu'il aurait effectivement perçu en 2020 s'il n'avait pas subi son accident, se fondant sur l'attestation remplie par son employeur et reçue le 3 février 2020 par l'intimée. Selon celle-ci, l'assuré aurait perçu un salaire de 6'300 fr. en 2019 et de 7'000 fr. en 2020, treizième salaire en sus, pour 41 heures de travail hebdomadaire. Or, l'intéressé percevait en 2018 un salaire mensuel de 5'700 fr., treizième salaire en sus, pour 44 heures de travail hebdomadaire. La progression salariale annoncée par l'employeur de presque 23 % en moins de deux ans, avec en sus une diminution d'heures de travail par semaine, est pour le moins douteuse. L'explication donnée par l'employeur à l'intimée le 7 février 2020 à cet égard ne convainc pas. Celui-ci a expliqué qu'il avait engagé l'intéressé au même salaire que son précédent emploi, et qu'il avait voulu adapter progressivement ce revenu, afin qu'il corresponde finalement à l'âge et l'expérience de ce dernier. On n'imagine toutefois pas que l'employeur aurait engagé son employé pour un salaire qui n'était selon lui pas du tout adapté aux qualifications de ce dernier et aurait voulu attendre la fin du temps d'essai, puis encore une année, pour adapter la rémunération à l'âge et l'expérience de l'assuré. Partant,

le salaire annuel de 91'000 fr. allégué par le recourant n'est pas rendu vraisemblable, et c'est bien plutôt le revenu réalisé en 2018, de 5'700 fr. par mois, indexé à 2020, qui aurait dû être retenu si l'art. 28 al. 4 OLAA n'avait pas été appliqué. On parvient ainsi au même résultat, que l'art. 28 al. 4 OLAA soit appliqué ou non. cc) Le recourant fait également grief à l'intimée de ne pas avoir tenu compte, dans le cadre de son revenu sans invalidité, du salaire lié à son activité accessoire de concierge, équivalant selon lui à 2'700 fr. par an. Il reproche à l'intimée d'avoir omis d'instruire cette question. On relève à cet égard que, même si la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge, la portée de ce principe est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C\_694/2014 du 1er avril 2015 consid. 3.2). En l'occurrence, aucune pièce au dossier n'atteste de la réalité de l'activité accessoire alléguée par le recourant, ni de la rémunération que celle-ci lui procurait. Si le rapport du 6 décembre 2019 des Drs P. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ainsi que celui du 13 novembre 2019 du Dr X. \_\_\_\_\_ et de M. S. \_\_\_\_\_ mentionnent que l'assuré a indiqué s'occuper en collaboration avec son épouse de la conciergerie de son immeuble locatif, en particulier de l'entretien des extérieurs, ces simples déclarations ne sont toutefois pas suffisantes pour retenir comme établi le fait que l'intéressé était employé et rémunéré à ce titre. L'assuré, dûment assisté, n'était d'ailleurs pas sans savoir que les éléments au dossier n'étaient pas suffisants pour prouver la réalisation d'un tel revenu. Il se contente de reprocher à l'intimée de ne pas avoir requis production de son contrat de travail, mais ne produit pas cette pièce, ni aucune pièce attestant de cette activité ou du revenu y afférant, alors qu'il avait tout le loisir de le faire que ce soit dans la procédure d'opposition ou dans celle de recours, laquelle a de surcroît comporté deux échanges d'écritures. On pouvait toutefois raisonnablement exiger de lui qu'il produise cette pièce, dont il entendait tirer des droits, compte tenu de son devoir de collaboration. A cela s'ajoute que le recourant n'a pas annoncé d'activité accessoire dans sa demande de prestations à l'OAI du 4 juin 2019 et que la description qu'il donne de cette activité de conciergerie aux médecins de K. \_\_\_\_\_ laisse à penser qu'il aidait son épouse dans cette activité, sans que lui-même n'ait été engagé à ce titre. Dans ces conditions, l'intimée était fondée à ne pas en tenir compte. 5. Le recourant conteste également le taux d'IPAI fixé par l'intimée. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés

présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'art. 25 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, dite indemnité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA. Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C\_566/2017 précité consid. 5.1). D'après l'art. 36 al. 3 in fine OLAA, il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi. b) 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). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent 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 ; 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) En l'espèce, l'intimée s'est basée sur l'appréciation de la Dre F. \_\_\_\_\_ à la suite de son examen de l'assuré du 23 juillet 2020 pour fixer le taux d'IPAI à 19,38 %. A l'occasion de cet examen, la Dre F. \_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré présentait des dorsolombalgies chroniques des suites d'une chute le 17 décembre 2018 ayant entraîné une fracture-tassement de L4, L1 et D12 et fracture de l'apophyse épineuse D12 qui a nécessité

une cimentoplastie le 20 décembre 2018 de L1 et L4 et une cimentoplastie de D12 le 11 juin 2019. Elle a relevé que l'assuré ressentait des douleurs importantes, avec des douleurs au repos constantes à 3-4/10 et des douleurs entre 6 et 6.5 lorsqu'il restait assis, marchait, se levait, la douleur atteignant 7/10 lorsque l'effort augmentait ; couché sur le dos, elle déclenchait des douleurs déjà à 10° de flexion des membres inférieurs au niveau lombaire. Elle a également retenu que l'assuré ne devait pas porter de charges. Partant, la médecin d'arrondissement s'est référée à la table 7 de l'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, qui prévoit que pour les fractures cervicales, dorsales ou lombaires avec un angle entre 10 et 20 degrés, un taux d'IPAI de 20 à 25 % se justifie lorsque les douleurs sont permanentes, plus ou moins intenses, également la nuit et au repos, avec un charge supplémentaire impossible et des douleurs qui ne diminuent que lentement, après aggravation. Elle a donc estimé qu'au vu des douleurs de l'assuré, un taux de 25 % devait être retenu, lequel devait être pondéré selon l'art. 36 al. 3 OLAA étant donné l'IPAI qui lui avait été allouée ensuite de son premier accident, le 13 juillet 2012, dont le taux s'élevait à 22,5 %. Après pondération, le degré d'atteinte à la santé s'élevait ainsi à 19,375 %. De son côté, le recourant soutient avoir droit à une IPAI d'au moins 35 % sur la base de la table 7 précitée, au motif qu'il souffre d'importantes douleurs. Alors même que la fixation d'une IPAI est une question d'ordre médical, le recourant se limite à faire valoir son propre avis sur la question, mais ne produit aucun élément médical objectif qui soit de nature à remettre sérieusement en cause l'avis de la Dre F.\_\_\_\_\_. En particulier, il n'apporte aucune preuve de l'intensité extrême de ses douleurs, qui justifierait d'appliquer le taux maximal de 35 % prévu par la table 7 de l'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Le recourant invoque en outre que la médecin d'arrondissement de la CNA aurait fait abstraction de ses autres atteintes à la santé dans le cadre de la fixation de l'IPAI, en particulier de la dissociation tête-col de la prothèse totale de la hanche gauche ayant nécessité une intervention chirurgicale le 28 janvier 2019. Il a indiqué que cette atteinte avait possiblement été précipitée par la chute du 17 décembre 2018 selon le rapport établi le 17 juin 2019 par le Dr O.\_\_\_\_\_ et qu'elle justifiait donc une augmentation de l'IPAI en vertu de la table 2 établie par la Division médicale de la CNA. Pour qu'une atteinte soit prise en compte par la CNA dans le calcul de l'IPAI, il faut que celle-ci soit en lien de causalité avec l'accident (cf. consid. 3a supra ). A cet égard, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 25 mars 2019, que tel n'était pas le cas s'agissant de la dissociation tête-col de la prothèse totale de la hanche gauche, estimant que l'atteinte était due à l'usure de l'implant selon le protocole opératoire du 1<sup>er</sup> février 2019 lié à l'intervention du 28 janvier 2019. Celui-ci indique effectivement que la dissociation tête-col de la prothèse totale de la hanche gauche a eu lieu sur l'usure du col due à une métallose. L'appréciation du Dr O.\_\_\_\_\_ invoquée par le recourant ne permet pas de remettre en cause cet avis. Ce dernier a en effet indiqué que, bien que le patient ait manifesté des douleurs à la hanche gauche lors de l'accident du 17 décembre 2018, le rapport de radiographie ne montrait pas de fracture à ce niveau et que les radiographies effectuées en janvier 2019 révélaient une lyse du grand trochanter déjà présente sur le comparatif du 18 septembre 2018. A ses yeux, il était difficile de se prononcer sur la nature accidentelle de cette dissociation, puisque le patient n'avait pas de douleurs avant l'accident mais que des signes de déminéralisation étaient déjà constatés sur un cliché antérieur à celui-ci. Dès lors, il lui semblait possible que la dissociation ait été précipitée par l'accident. Les observations du médecin permettent tout au plus de considérer que la relation de causalité est possible, mais celle-ci n'est pas établie au stade de la vraisemblance prépondérante. Aucun autre rapport médical au dossier ne se penche sur la

question de ce lien de causalité. On relèvera en outre que l'assuré n'a jamais contesté la communication du 15 mai 2019, par laquelle la CNA a expliqué qu'elle ne prendrait pas en charge les troubles de la hanche gauche ainsi que l'intervention du 28 janvier 2019, en raison de l'absence de relation de causalité pour le moins probable avec l'évènement du 17 décembre 2018. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir qu'il n'est pas établi que l'atteinte à la hanche gauche est en lien de causalité avec l'accident, de sorte que c'est à juste titre que la Dre F. \_\_\_\_\_ n'en a pas tenu compte dans son calcul de l'IPAI. Quoiqu'il en soit, les rapports du Prof. C. \_\_\_\_\_, en particulier celui du 10 septembre 2019, attestent que la cicatrice de la hanche gauche est calme, le bassin à niveau et qu'il n'existe pas de vraies douleurs à la palpation ou de la mobilisation de la hanche. Il relève que le bilan radiologique de la hanche gauche est tout à fait satisfaisant, qu'une bonne consolidation a été acquise et que les problèmes dont se plaint le patient sont dus à son dos. Dans ces circonstances, il n'est donc pas établi que l'accident du 17 décembre 2018 ait causé une atteinte importante et durable à la hanche gauche, laquelle justifie l'octroi d'une IPAI. d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'appréciation de la médecin d'arrondissement susmentionnée n'est contredite par aucun élément au dossier, qu'elle est claire, motivée et tient compte des précédentes atteintes à la santé et de l'IPAI déjà allouée en 2014. Elle a donc pleine valeur probante, de sorte que le taux d'IPAI arrondi à 19,38 % doit être confirmé. 6. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise tendant à déterminer sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Or, il n'a pas contesté l'appréciation de la Dre F. \_\_\_\_\_ à cet égard et, comme vu précédemment, celle-ci est probante et n'est pas mise en doute par les autres médecins consultés. Ainsi, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause, sans requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Il y sera dès lors renoncé par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). 7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 14 juin 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Flore Primault (pour D. \_\_\_\_\_), ■ 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 :