

# VD\_GERICHTE ZA22.036151 vom 25. März 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-03-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA22.036151](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA22.036151)

FR: VD\_GERICHTE ZA22.036151 du 25 mars 2024

IT: VD\_GERICHTE ZA22.036151 del 25 marzo 2024

## Erwägungen

### E. 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

- 11 - 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 judiciaires d'été (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.

### E. 2

Le litige a pour objet le point de savoir si l'intimée était fondée à considérer l'état de santé du recourant comme stabilisé et à mettre un terme à la prise en charge du traitement médical ainsi qu'au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2022 au soir et, le cas échéant, à refuser de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité compte tenu de son calcul de la comparaison des revenus.

### E. 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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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,

- 12 - ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre

l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

#### **E. 4**

a) Parmi les prestations allouées en cas d'accident figure notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). En outre, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). 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 la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

- 13 - b) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (deuxième phrase). c) 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).

#### **E. 5**

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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

- 14 - des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; 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).

## **E. 6**

En l'occurrence, le recourant a perçu des indemnités journalières de l'intimée, qui a également pris en charge les frais de traitements médicamenteux, à la suite de l'accident ayant eu lieu au travail le 9 septembre 2019. L'assureur-accidents a mis un terme à ces prestations avec effet au 31 mai 2022 à minuit, sous réserve du traitement conservateur (Gabapentine® 300 mg le matin, 300 mg à midi et 600 mg au repas du soir et Dafalgan® 1 g en réserve, sur prescription médicale, et deux à trois consultations médicales par année) et de la physiothérapie (jusqu'à trois séries de neuf séances par an), estimant, sur

- 15 - la base de l'avis de son médecin d'arrondissement (la Dre L. \_\_\_\_\_), qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une sensible amélioration de l'état de santé de l'intéressé, qui était stabilisé. Le recourant conteste cette appréciation, estimant en substance que son état de santé n'est pas stabilisé puisqu'il a toujours un traitement médicamenteux et se trouve encore en incapacité de travailler, en lien de causalité avec l'accident du 9 septembre 2019, justifiant la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux jusqu'à stabilisation, puis l'allocation d'une rente d'invalidité de 15 % au minimum. Compte tenu des éléments précités, il y a lieu d'examiner tout d'abord si les atteintes à la santé dues à l'accident du 9 septembre 2019 étaient stabilisées au 31 mai 2022 au soir. Dans l'affirmative, il conviendra ensuite de déterminer si lesdits troubles portent atteinte à la capacité de travail et de gain du recourant dans une mesure propre à lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

## **E. 7**

a) En l'espèce, lors de son examen final du 15 mars 2022, la Dre L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs de la jambe, de la cheville et du pied gauches dans les suites d'un

traumatisme de la jambe gauche le 9 septembre 2019 ayant entraîné une fracture ouverte Gustillo I médio-diaphysaire tibia et fibula gauche distale ayant nécessité le 10 septembre 2019 un lavage, débridement et parage de la plaie, réduction ouverte et ostéosynthèse par enclouage centro-médullaire du tibia gauche, de neuropathie axonale du nerf tibial gauche avec une lésion distale de la branche nerveuse des muscles long fléchisseur des orteils (électro-neuro-myogramme du 14 avril 2020), névrome du nerf tibial gauche, syndrome du tunnel tarsien ayant nécessité le 2 mars 2021 une neurolyse du nerf tibial gauche et une cure du tunnel tarsien gauche, et de signes dégénératifs de l'articulation talo-naviculaire et image de coalition talo-calcaneenne gauche sur les radiographies du 16 juillet 2021. Les diagnostics secondaires retenus étaient des lombalgies non déficitaires, un

- 16 - embonpoint avec un BMI (Body Mass Index) à 29.9 kg/m<sup>2</sup>, et un status après état anxiodépressif. Au status, la Dre L. \_\_\_\_\_ a constaté que la marche s'effectuait initialement avec une boiterie d'épargne du membre inférieur gauche qui disparaissait après quelques pas. L'assuré pouvait marcher sur les talons mais pas sur les pointes car cela engendrait des douleurs. La mobilité de la cheville gauche était diminuée et la médecin d'arrondissement de la CNA constatait une amyotrophie de 2 centimètres de la cuisse gauche et de 2.5 centimètres du mollet gauche. La force était légèrement diminuée au niveau de la flexion dorsale et de la flexion plantaire de la cheville gauche à M4+. De son côté, l'assuré déplorait un trouble de la sensibilité au niveau du membre inférieur gauche et se plaignait de paresthésies à l'appui sur sa cicatrice verticale. Il n'a pas été constaté d'allodynie ni de signe d'algoneurodystrophie. Il ressort des documents médicaux, singulièrement des rapports des 24 juin 2020 et 25 août 2021 de la CRR et des avis contemporains de l'Institut suisse de la douleur, que toutes les options thérapeutiques ont été explorées, y compris des infiltrations et de la rééducation, et qu'aucun traitement n'est en définitive susceptible d'améliorer la situation algique du recourant et ses orteils « en griffe ». L'épuisement des options thérapeutiques permettant une amélioration sensible de l'état de santé du patient ressort en particulier des propos du Dr G. \_\_\_\_\_. La Dre L. \_\_\_\_\_ ne s'écarte pas de ce constat et a admis la nécessité de poursuivre un traitement médicamenteux conservateur ainsi que de la physiothérapie (avis médical du 7 juin 2022). On rappellera que le fait que recourant se voit prescrire de la physiothérapie et des traitements antalgiques ne remet pas en question la stabilisation de l'état de santé, dès lors que, selon la jurisprudence, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état de santé stabilisé (TF 8C\_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence). Aussi, sur la base du dossier, on ne voit pas quel élément aurait été omis ou écarté à tort et qui aurait permis de conclure à la non-stabilisation de

- 17 - l'état de santé. Au demeurant, le recourant ne soutient pas que l'examen final du 15 mars 2022 souffrirait d'un quelconque vice. Dans ces conditions, l'état de santé du recourant doit être tenu pour stabilisé en sorte que c'est à juste titre que la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 mai 2022 le soir. b) Sur la base du tableau clinique et après examen du dossier de l'assuré mis à sa disposition, la Dre L. \_\_\_\_\_ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements. Elle a évalué la capacité de travail de l'assuré comme

étant entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles précitées. A l'inverse, l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible et une incapacité de travail totale devait être reconnue. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, il ressort également de l'ensemble du dossier que les limitations fonctionnelles retenues empêchent la poursuite de l'activité habituelle de maçon, où l'intéressé doit se voir reconnaître une incapacité de travail totale et définitive depuis l'accident du 9 septembre 2019. Cela étant, il convient de constater que la médecin d'arrondissement de la CNA a retenu une pleine capacité de travail du recourant sans diminution de rendement dans une activité adaptée, ce qui n'est pas critiquable au vu de la nature des limitations fonctionnelles retenues. En effet, il ressort de l'anamnèse du rapport d'examen final du 16 mars 2022 que le recourant a déclaré qu'il ne présentait pas de douleurs au repos mais qu'il était uniquement dérangé par ses orteils qui

- 18 - restaient en griffe. L'exercice d'un emploi respectant la position assise est exigible de la part de l'intéressé, si bien qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée doit lui être reconnue. Les divers arrêts de travail établis par les médecins traitants au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce constat, dès lors que l'assuré était encore employé de l'entreprise S. \_\_\_\_\_ SA et qu'il doit être reconnu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon. Ces arrêts de travail ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, l'OAI a alloué à ce dernier une rente d'invalidité limitée au 31 décembre 2021, retenant de manière encore plus stricte qu'il était raisonnablement exigible du recourant qu'il exerce une activité adaptée, trois mois avant la fin de ce versement, à savoir dès le mois d'octobre 2021. Le rapport du 21 mars 2023 de la Dre X. \_\_\_\_\_ ne mentionne aucun élément nouveau depuis la décision sur opposition litigieuse. En se fondant sur des limitations fonctionnelles identiques à celles prises en compte par la médecin d'arrondissement de la CNA, la Dre X. \_\_\_\_\_ retient pour sa part une capacité résiduelle de travail du recourant de 40 à 50 % dans une activité professionnelle adaptée aux restrictions. L'avis de la médecin traitant paraît procéder d'une appréciation divergente d'un même état de fait clairement posé sur le plan médical, mais sans avoir effectué un examen clinique, ni pris en considération la nécessité d'une approche globale et circonstanciée du cas, contrairement à l'examen final réalisé par la Dre L. \_\_\_\_\_ en mars 2022. Aussi, la Dre X. \_\_\_\_\_ n'objective pas son appréciation divergente de la capacité de travail résiduelle de son patient. De manière plus générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). c) Sur le plan médical, c'est en définitive à juste titre que la CNA a retenu une capacité de travail entière sans diminution de

- 19 - rendement du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles listées par la Dre L. \_\_\_\_\_. d) Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sans qu'il y ait lieu de donner suite à l'expertise requise par le recourant. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, en particulier l'ensemble des médecins s'accorde sur les limitations fonctionnelles. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ;

140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

## **E. 8**

Doit ensuite être examinée la question du revenu que le recourant peut tirer d'une activité adaptée, fixé sur la base d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. a) Pour évaluer le taux d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA 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). b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C\_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

- 20 - c) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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). d) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). e) aa) Lorsque comme en l'espèce, la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). bb) 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 (TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). 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

- 21 - 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) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que

le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

## **E. 9**

Le requérant conteste les revenus sans invalidité et d'invalidé retenus par la CNA. Selon ses propres calculs, il retient un degré d'invalidité de 15.05 % au minimum. a) S'agissant du revenu sans invalidité, il soutient que le montant de 68'536 fr. retenu par l'intimée en se référant aux chiffres de la Convention nationale du Gros œuvre (CN) du canton de Vaud est inférieur à ses revenus en 2017 et 2018 selon l'extrait individuel AVS, rappelant que l'OAI a pris en compte un montant de 73'600 fr. 92. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise : ATF 133 V 549 consid. 6). En l'espèce, l'intimée était donc en droit de procéder à sa propre estimation de l'invalidité, sans être tenue de reprendre les chiffres de l'OAI. En se fondant sur la moyenne des revenus inscrits au CI de 2015 à 2018, indexée à l'année 2022, on obtient, ainsi que cela ressort du tableau en page 12 du mémoire de réponse du 14 décembre 2022 de

- 22 - l'intimée, un revenu annuel hypothétique de 71'818 francs. Ce montant est supérieur à celui de 68'535 fr. calculé par la CNA en se référant aux données de la Convention nationale du Gros œuvre (CN) du canton de Vaud, si bien qu'il convient de s'y référer et fixer le revenu sans invalidité du requérant à 71'818 francs. b) S'agissant du revenu d'invalidé, le requérant fait valoir qu'un montant de 62'527 fr. 47 fr. doit être retenu au titre de revenu sans invalidité tel que pris en compte par l'OAI après un abattement de 10 %, reprochant à l'intimée, d'avoir complètement passé sous silence le fait qu'il est de nationalité portugaise et qu'il dispose de connaissances basiques de la langue française, qu'il n'a aucune formation professionnelle et qu'il a de l'expérience uniquement dans des emplois à caractère physique. Dans sa réplique du 5 avril 2023, il ajoute de manière plus générale que, compte tenu des circonstances, un abattement sur le revenu d'invalidé serait justifié. Comme déjà dit ci-avant en lien avec la fixation du revenu sans invalidité, la CNA n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité. En l'occurrence, l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu d'invalidé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), à savoir un montant mensuel de 5'417 francs. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalidés dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Comme les

- 23 - salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, ce revenu doit dès lors être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2018, soit 41,7 heures. Après adaptation à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires

nominaux pour les hommes de l'année 2019 (+ 0,9 %), 2020 (+ 0,8 %), 2021 (- 0,7 %) et 2022 (+ 1,1 %), le revenu annuel brut s'élève à 69'194 francs. Pour le reste, le recourant ne convainc pas en soutenant qu'un abattement sur le revenu d'invalidé se justifie au regard de sa situation personnelle. Tout d'abord, il convient de rappeler que, selon les constatations et conclusions probantes de la Dre L. \_\_\_\_\_ reprises puis suivies par l'intimée dans sa décision, le recourant présente une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas d'activités statiques debout, pas de position accroupie ou à genou, pas de montée régulière et répétée de pentes, d'escaliers, d'échelles ou d'échelles d'échafaudage, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas de port de charges en montant ou descendant des escaliers ou lors de déplacements). Or le simple fait que seuls des travaux légers à moyennement lourds soient exigibles ne justifie pas un abattement, car le niveau de compétences 1 de l'ESS comprend déjà un grand nombre d'activités légères et modérément lourdes (8C\_48/2021 du 20 mai 2021 consid. 4.3.4 et les références). Quant à l'âge, on rappellera qu'il ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique, et ne justifie donc pas la prise en compte d'un abattement supplémentaire à ce titre. Le fait que le recourant soit de nationalité portugaise ne s'avère pas non plus pertinent, dès lors que les salaires statistiques de l'ESS auxquels la CNA s'est référée sont basés sur les revenus de la population résidente tant suisse qu'étrangère.

- 24 - Quant au critère de la langue, le recourant, habitant en Suisse depuis plus de vingt ans, il ne se justifie pas d'appliquer un abattement supplémentaire à ce titre. Enfin, s'agissant du critère de l'expérience du recourant limitée dans des emplois à caractère physique, il convient de rappeler que la CNA a retenu l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, simple et répétitive, de niveau de compétences 1, qui ne requiert ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de telle sorte qu'il ne se justifie pas de procéder à un abattement supplémentaire à ce titre. c) En retenant un revenu de valide de 71'818 fr. après comparaison avec le revenu d'invalidé de 69'194 fr., il en résulte un degré d'invalidité de 3.65 %, arrondi à 4 % (ATF 130 V 121), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. art. 18 al. 1 LAA).

## **E. 10**

a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimée n'y a pas davantage droit, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323). c) aa) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

- 25 - bb) Le recours n'était pas dénué d'emblée de chances de succès, de sorte que la demande d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est admise. Le recourant est donc mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 septembre 2022 et Me Charles Munoz lui est désigné comme avocat d'office. Me Charles Munoz peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre

2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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