

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2024

Composition : Mme LIVET, présidente
Mmes Pasche et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) D._____ (ci-après : le recourant ou l'assuré), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} avril 2019, en qualité d'aide monteur en échafaudage auprès de [...] Sàrl (société dissoute et mise en liquidation le [...]), à un taux de 100 %, pour un salaire mensuel de 4'800 fr., versé treize fois l'an. 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 : CNA ou l'intimée).

b) Le 27 septembre 2019, dans le cadre d'une altercation sur son lieu de travail, l'assuré a été tiré, par le bras gauche, de la camionnette qu'il conduisait, se trouvant alors à l'arrêt, et a chuté sur son épaule gauche.

c) Le jour même de l'accident, l'assuré a consulté le Dr J._____, spécialiste en radio-oncologie et radiothérapie, à la Polyclinique [...]. Dans le rapport initial LAA, le médecin précité a diagnostiqué des contusions multiples, sans fracture et a délivré un certificat d'incapacité de travail à 100 %, qui sera prolongé par la suite par différents médecins, jusqu'au 30 juin 2022. Dès le 1^{er} juillet 2022, le Dr R._____, médecin praticien FMH et médecin traitant de D._____, a attesté une capacité de travail de 50 % (avec une série de limitations fonctionnelles ; cf. *infra* consid. B.c).

Le 28 septembre 2019, l'assuré a été soumis à un scanner facial et le Dr W._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de lésion traumatique osseuse du massif facial.

d) Le 4 octobre 2019, l'événement du 27 septembre 2019 a fait l'objet d'une déclaration de sinistre auprès de la CNA.

e) Selon le rapport établi le 24 octobre 2019 par le Dr V._____, spécialiste en radiologie, à la suite de l'arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) effectuée le même jour, l'assuré souffrait

d'une déchirure labrale postéro-supérieure étendue vers l'arrière à 7-8h, en rapport avec une lésion SLAP VIII. Le médecin précité a constaté l'intégrité des différents tendons de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps, l'absence de bursite sous-acromio-deltoïdienne et l'absence de fracture ou de contusion osseuse.

f) Dans son rapport du 4 décembre 2019, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de syndrome douloureux persistant de l'épaule gauche après traumatisme du membre supérieur gauche par étirement et d'hypertension artérielle traitée. Lors de l'examen neurologique, il a noté que la trophicité était parfaitement conservée au niveau du membre supérieur gauche. Au testing de la force, il y avait plutôt des lâchages. La rotation interne de l'avant-bras était douloureuse. Il y avait des troubles de la sensibilité plutôt diffus au niveau de l'avant-bras et de la région du biceps et à l'intérieur du bras gauche. La sensibilité profonde était préservée. Le réflexe biceps brachial et stylo-radial était absent des deux côtés. En conclusion, le Dr X._____ a indiqué que la neurographie du nerf médian, du nerf ulnaire, du nerf axillaire, du nerf musculocutané et du nerf accessoire gauche était normale. La myographie des trois muscles (douloureux pour l'assuré) ne révélait pas de signe de dénervation aiguë (tronc secondaire postérieur, tronc secondaire latéral, tronc secondaire médial). Il a souligné que l'examen était difficile à effectuer à cause d'une coopération insuffisante de l'assuré.

g) Dans un rapport du 29 janvier 2020, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de lésion de type SLAP 8 de l'épaule gauche. Il a préconisé une intervention chirurgicale, à savoir une arthroscopie avec refixation de l'insertion du biceps ainsi que de la partie postérieure du labrum, l'assuré ayant toutefois souhaité prendre le temps de la réflexion.

h) Le 6 février 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

i) L'assuré a séjourné, une première fois, à la Clinique T._____ (ci-après : Clinique T._____) du 16 juin au 14 juillet 2020. Dans son rapport du 23 juillet 2020, la Dre M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic principal de traumatisme de l'épaule gauche avec lésion SLAP 8 et les diagnostics secondaires d'hypertension artérielle, de mycose du pied droit et de diarrhées d'origine probablement mixte (médicamenteuse et anxiété). Elle a relevé que la trophicité musculaire des épaules était symétrique. En outre, les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré, à savoir une cotation élevée de la douleur, un catastrophisme, une kinésiophobie, une sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles, chez une personne anxieuse qui restait centrée sur les douleurs. D'autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail, à savoir la mauvaise maîtrise du français et l'absence de formation. Il ressort encore les éléments suivants du rapport susmentionné :

« L'évolution subjective et objective est défavorable (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne, la participation étant limitée par l'augmentation de la douleur au cours du séjour.

Hormis un comportement douloureux lors de l'examen clinique et l'appréciation de ne pouvoir réaliser que les activités exigeant un niveau d'effort très bas, aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues (les performances réalisées lors des évaluations représentent ce que le sujet a accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales) :

- port de charges jusqu'à 5 kg.
- pour les épaules : travail prolongé avec le MSG [membre supérieur gauche] au-dessus du plan des épaules, activité

nécessitant de la force ou des mouvements répétés du MSG, activités avec le MSG en porte-à-faux.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

La poursuite d'un programme d'exercices est proposée afin d'entretenir les amplitudes articulaires, et de continuer le renforcement musculaire.

Le patient est évalué par notre consultant chirurgien orthopédiste de l'épaule. Chez ce jeune patient actif, après 9 mois de traitement conservateur, il semble raisonnable de proposer une révision chirurgicale. Il lui a été bien expliqué qu'on ne pouvait pas lui garantir de retrouver une épaule totalement indolore à la suite de cette opération. Il reverra son chirurgien traitant, le Dr S._____, le 18.08.2020 afin de rediscuter d'une éventuelle opération.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est théoriquement favorable, mais les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de reprise. »

j) Le 9 novembre 2020, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule gauche avec réparation SLAP 8 (désinsertion postérieure, supérieure et antérieure du labrum) effectuée par le Dr S._____ (cf. rapport opératoire du 9 novembre 2020).

k) Assurant le suivi post-opératoire, le Dr S._____ a d'abord constaté, deux semaines et demie après l'opération, que les suites post-opératoires étaient favorables et les douleurs peu importantes (rapport médical du 25 novembre 2020).

Des différents rapports de suivi subséquents, il ressort que les suites de l'opération étaient laborieuses chez un patient très craintif, qui se focalisait très rapidement sur la moindre douleur, même si, dans l'ensemble des progrès étaient notés, concernant l'amplitude de l'élévation, des rotations externes et internes. Les douleurs provenaient plutôt de contractures musculaires notamment au niveau des costo-dorsales, de la scapulo-thoracique et des costo-cisternales, probablement dans un phénomène de craintes de douleurs et contractures qui fonctionnait en cercle vicieux (rapports des 14 janvier, 4 février et 10 mars 2021). A cinq mois de l'opération, le médecin précité a qualifié l'évolution comme défavorable. Il a toutefois souligné que par rapport à la situation

pré-opératoire, il y avait tout de même une amélioration. L'assuré continuait de se plaindre de douleurs très diffuses, mal systématisées, prenant la nuque, le moignon de l'épaule, le biceps et la partie postérieure. Le Dr S._____ se demandait si l'assuré n'avait pas subi une traction plexulaire lors de l'agression à l'époque. Par ailleurs, il devait présenter un terrain psychologique particulièrement sensible à la douleur et à l'anxiété ainsi qu'un terrain neurologique peut-être aussi hypersensible (rapports des 31 mars et 11 avril 2021).

l) L'assuré a séjourné une seconde fois auprès de la Clinique T._____ du 9 juin au 7 juillet 2021.

m) Le 7 juillet 2021, le Dr S._____ a constaté que le traitement de physiothérapie intensive suivi auprès de la Clinique T._____ avait aggravé les douleurs de l'assuré et prescrivait plutôt de la physiothérapie-ostéopathie douce visant à détendre les muscles. Il a souligné qu'au niveau professionnel, seule une activité purement non physique était envisageable (rapport du 7 juillet 2021).

n) Dans le rapport établi le 21 juillet 2021 à la suite du séjour de l'assuré auprès de la Clinique T._____, la Dre M._____ a notamment constaté que la trophicité musculaire était conservée et symétrique aux membres supérieurs (statique debout). Concernant l'épaule gauche, il n'y avait pas de signe de déformation, de signe inflammatoire ou de trouble trophique et la trophicité musculaire de la ceinture scapulaire était excellente. Il ressort, par ailleurs, les éléments suivants dudit rapport :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs antérieures de l'épaule gauche, évaluées à 4-5/10 au repos et à 9-10/10 aux mouvements, surtout à la flexion et à l'abduction, et présentes la nuit. Le patient n'arrive plus à porter des charges lourdes, avec un manque de force ressenti dans le MSG [membre supérieur gauche].

[...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Sur le plan neurologique : l'examen clinique neurologique est rassurant, et après discussion avec nos collègues neurologues, il n'y a pas d'argument pour une lésion de type étirement plexulaire.

Sur le plan métabolique : le patient rapporte avoir régulièrement des hypokaliémies en lien avec des diarrhées, pour lesquelles il prend du KCl retard. Nous effectuons un contrôle des électrolytes qui s'avère dans la norme avec un potassium à 4.1 à l'entrée. Dans ce contexte nous invitons le patient à ne pas prendre le KCl retard pendant le séjour, en le rassurant sur son taux de potassium. Le laboratoire de contrôle de sortie montre un KCl à 4.2. A noter que durant le séjour le patient ne rapporte aucune diarrhée.

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 : cotation élevée de la douleur chez un patient qui s'autolimité en lien avec et reste centré sur la douleur. A noter que le patient refuse aussi de répondre aux questionnaires d'entrée et de sortie.

D'autres facteurs contextuels peuvent interférer avec le retour au travail : mauvaise maîtrise du français, absence de contrat de travail, absence de formation certifiante.

[...]

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme faible. Le patient a été ponctuel mais les douleurs ont limité la mise en place d'un programme de réadaptation fonctionnelle adéquat.

Des incohérences et auto-limitations ont été relevées :

- discordance entre le comportement pendant l'examen clinique et en dehors (par exemple : l'intégration du MSG très limité lors des thérapies individuelles, nettement meilleure intégration du MSG lors des pauses et des repas, ainsi que lors des thérapies en groupe).
- discordance entre l'importance des douleurs et du handicap perçus et les lésions organiques objectivables.

Ateliers professionnels : au cours du séjour le patient a été suivi aux ateliers professionnels où il a travaillé durant des périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives dans des activités avec port de charges très légères, évitant les contraintes posturales importantes. Toutes activités et positions de travail testés ont été difficiles, avec des auto-limitations en lien avec les douleurs.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues (ces limitations correspondent à l'effort consenti par le patient au vu d'une autolimitation en lien avec les douleurs) :

- **port de charges** > 2.5 kg.
- pour l'épaule gauche : travail prolongé avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules; activités

nécessitant de la force et des mouvements répétés du membre supérieur gauche; les positions en porte-à-faux prolongées.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie à visée d'amélioration des fonctions articulaires et musculaires de l'épaule gauche pourrait théoriquement permettre d'améliorer les limitations fonctionnelles du patient.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Au cours du séjour le patient a été vu par notre consultant spécialiste en chirurgie de l'épaule, qui constate un examen clinique difficile au vu des autolimitations du patient en lien avec ses douleurs, et un bilan radiologique rassurant. Aucune indication opératoire n'est retenue, et il ré-explique au patient l'importance de poursuivre la réadaptation de son MSG.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité ainsi que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est théoriquement favorable, mais les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de reprise professionnelle. »

o) Dans une appréciation du 23 août 2021, la Dre C._____, spécialiste en médecine intensive et en médecine interne générale et médecin auprès de la CNA, a indiqué ce qui suit :

« Les limitations fonctionnelles concernant le membre supérieur G [gauche] ont été retenues :

- Pas de traction brusque
- Pas de mouvement en porte-à-faux
- Pas de port de charge > 10-15 kg de manière répétée
- Pas de mouvement au-dessus de l'horizontale

Dans une activité adaptée respectant les limitations susmentionnées, l'assuré a pleine capacité et plein rendement.

Les limitations retenues par la Clinique T._____ lors du dernier séjour (juin-juillet 2021) n'ont été que partiellement suivies en raison d'incohérences relevées (participation faible aux activités, bonne utilisation du membre lors des pauses) ainsi que d'une musculature conservée et symétrique.

Les séquelles actuelles ne justifient pas d'une IpAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité]. En effet, les atteintes ne correspondent pas à une lésion SLAP 8, en raison de facteurs extra-médicaux multiples (absence de formation, de poste de travail, mauvaise maîtrise du français, conflit avec l'ancien employeur). »

p) Dans un rapport du 8 septembre 2021, le Dr S._____ a indiqué, au niveau des diagnostics, un status après réparation SLAP 8 postérieure épaule gauche avec persistance d'allodynies, un snapping scapula d'accompagnement (c'est-à-dire des craquements douloureux au

niveau de la scapulo-thoracique) et des probables douleurs neurogènes sur étirement. Il a, par ailleurs, relevé ce qui suit :

« Actuellement, en tant que chirurgien, je n'ai pas de solution chirurgicale ou conservatrice à proposer à Monsieur D._____. Je pense qu'il s'agit d'une situation complexe. Probablement qu'il y a eu un étirement nerveux au niveau plexulaire avec des douleurs difficiles à objectiver, un contexte psychologique d'angoisse qui augmente les douleurs. L'aspect mécanique, en dehors de la « snapping scapula » me semble actuellement au second plan.

Je lui prolonge son arrêt de travail car actuellement il n'est pas capable de faire la moindre activité physique avec son membre supérieur gauche. »

q) Par lettre du 15 février 2022, la CNA a informé l'assuré qu'en raison de la stabilisation de son état de santé, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2022 au soir.

r) Par décision du 11 avril 2022, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne lui accordait ni rente d'invalidité, ni indemnité pour atteinte à l'intégrité. En résumé, elle a estimé que l'assuré était à même, sur le plan médical, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas solliciter son membre supérieur gauche en faisant des tractions brusques et des mouvements en porte-à-faux, en portant des charges supérieures à 10-15 kg de manière répétée et en réalisant des mouvements au-dessus de l'horizontale. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser, un salaire annuel de 69'061 fr. (fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], homme, niveau de compétence 1). Comparé au gain de 63'024 fr. réalisable sans l'accident, il n'en résultait aucune perte de salaire. Se fondant sur l'avis de son service médical, elle a également retenu qu'il n'existait pas d'atteinte importante à l'intégrité, si bien qu'une indemnité à ce titre n'était pas due.

B. a) Par courrier du 12 mai 2022, l'assuré a fait opposition à la décision du 11 avril 2022. En substance, il a contesté être capable de soulever des charges de 10 à 15 kg et que son état de santé soit stabilisé. A l'appui de son opposition, l'assuré a notamment produit un rapport du

24 février 2022 relatif à une consultation auprès du Dr Q._____, médecin associé auprès du Centre [...] du Centre hospitalier [...]. Il y est notamment relevé une trophicité musculaire conservée et symétrique aux membres supérieurs. En outre, il y est fait état de ce que l'application d'une crème anti-inflammatoire et des massages paraissent seuls efficaces au patient. Le rapport indique encore que l'IRM effectuée le 2 juillet 2021 montrait une tendinopathie du muscle susépineux gauche. Une infiltration du tendon avec un plasma riche en plaquette avait été proposée à l'assuré qui l'avait toutefois refusée.

b) Dans son appréciation du 28 juin 2022, la Dre C._____, médecin auprès de la CNA, a relevé, en particulier, que les deux séjours de l'assuré auprès de la Clinique T._____ n'avaient pas permis d'améliorer la situation. Les médecins de la Clinique T._____ attribuaient cette mauvaise évolution à une participation respectivement moyenne et faible pour les deux séjours, avec, lors du deuxième séjour, la présence d'incohérences et d'autolimitations caractérisées par une discordance entre le comportement pendant l'examen clinique et en dehors, à savoir une intégration du membre supérieur gauche très limitée lors des thérapies individuelles mais nettement meilleure lors des pauses, des repas ainsi que lors des thérapies en groupe et une discordance entre l'importance des douleurs et du handicap perçu au vu des lésions organiques objectivables. Ces éléments étaient également notés par l'orthopédiste traitant, le Dr S._____, qui avait rapidement identifié dans son suivi extrêmement régulier, cette problématique algique chez un patient présentant probablement une fragilité émotionnelle. La Dre C._____ a encore retenu les éléments suivants :

« Compte tenu des nombreux rapports médicaux, de l'absence d'amélioration à une année et demie de l'intervention d'un certain nombre de discrédances, à savoir celles retenues par la Clinique T._____ mais également des examens cliniques montrant à chaque fois une musculature symétrique et conservée tant visuellement qu'à la mesure des périmètres des MS [membres supérieurs], force est de constater que :

1. La situation est stabilisée d'un point de vue médical
2. L'assuré fournit l'effort qu'il désire fournir et probablement pas l'effort maximal qu'il est capable de fournir.

3. Si effectivement l'assuré devait ne pas utiliser son MSG [membre supérieur gauche], il présenterait une atrophie musculaire à distance de 18 mois de l'intervention, ce qui n'est pas le cas selon tous les rapports médicaux à disposition. Ce point confirme que l'assuré garde une mobilité et une utilisation de son membre supérieur G [gauche] en dehors des prises en charge médicales.

Dans ce contexte, et à la lumière des éléments susmentionnés, des limitations fonctionnelles peuvent être retenues concernant le MSG [membre supérieur gauche] :

- Pas de traction brusque.
- Pas de mouvement en porte-à-faux.
- Pas de port de charge supérieures 10-15 kg de manière répétée.
- Pas de mouvement au-dessus de l'horizontal.

Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, l'assuré a pleine capacité et plein rendement.

Les limitations retenues par la Clinique T._____ lors du dernier séjour (juin-juillet 2021) n'ont été que partiellement suivies en raison d'incohérences relevées (participation faible aux activités, bonne utilisation du MSG lors des pauses et des repas), ainsi que d'une musculature conservée et symétrique parlant pour une sous-utilisation volontaire du MSG en lien avec les examens et thérapies médicales.

Les séquelles actuelles ne justifient pas d'une IpAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité]. En effet les atteintes séquellaires ne reflètent que ce que l'assuré veut bien montrer et non pas les atteintes séquellaires réelles. Un certain nombre de facteurs extra-médicaux (absence de formation, de poste de travail, mauvaise maîtrise du français, conflit avec l'ancien employeur) interfèrent avec l'examen médical. En effet, les amplitudes passives sont quasiment similaires aux amplitudes actives, le Dr S._____ a par ailleurs exclu une composante de capsulite rétractile et les douleurs et plaintes mentionnées par l'assuré ne correspondent ni à un territoire anatomique ni à une pathologie musculaire ou ostéoligamentaire précise, comme mentionné dans les rapports Clinique T._____ extrêmement exhaustifs. »

La Dre C._____ a encore estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis le 8 septembre 2021, date du rapport du Dr S._____, qui n'avait pas d'autres traitements à offrir, la situation de l'épaule n'étant plus le problème principal, des facteurs extra-médicaux jouant un rôle prépondérant.

c) Le 24 juin 2022, l'assuré a fait parvenir à la CNA une attestation établie le 21 juin 2022 par son médecin traitant, le Dr R._____. Ce médecin y a indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travail jusqu'au 30 juin 2022 puis à 50 % avec les limitations

fonctionnelles suivantes : port de charges de plus de 2,5 kg, travail prolongé avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force et des mouvements répétés du membre supérieur gauche et positions en porte-à-faux prolongées.

d) Le 18 juillet 2022, la Dre C._____ a complété son appréciation comme suit :

« Les limitations fonctionnelles retenues font suite à l'intervention du 09.11.2020 du Dr S._____, orthopédiste, soit une arthroscopie de l'épaule GAUCHE avec réparation SLAP 8 (désinsertion postérieure supérieure plus antérieure du labrum). Il est de fait que cette intervention justifie des limitations fonctionnelles, même si, cliniquement, il y a peu d'éléments limitant identifiés aux examens réalisés à la Clinique T._____. Une épaule opérée devient, de facto, plus fragile qu'une épaule native.

Les limitations fonctionnelles ne justifient pas d'une atteinte à l'intégrité. En effet, les amplitudes de l'épaule gauche sont certes réduites, mais avec une amélioration de celles-ci à la mobilisation passive (mouvement accompagné par le médecin) et des examens de la coiffe des rotateurs qui sont tenus (Jobe douloureux mais tenus, autres examens identiques au côté controlatéral) confirmant une bonne capacité des 4 muscles regroupant cette entité qu'est la coiffe des rotateurs et qui comprend les muscles sus-épineux, sous-épineux, sous-scapulaire et petit rond, tous compétents.

Par ailleurs, et selon les collègues de la Clinique T._____ « Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour ». De l'aveu même des collègues de la Clinique T._____, « les limitations retenues reflètent l'effort consenti par le patient au vu d'une autolimitation en lien avec les douleurs », ainsi que d'un certain nombre d'incohérences relevées lors du 2^e séjour à la Clinique T._____ (09.06 - 07.07.2021).

En conséquence, les limitations fonctionnelles retenues par la Clinique T._____ ne sont pas reprises dans leur intégralité, car les limitations fonctionnelles retenues ne reflètent pas les capacités fonctionnelles résiduelles de l'articulation. Elles ont toutefois été retenues par mes collègues, certainement dans l'optique de préserver au maximum l'assuré dans un sentiment d'empathie liant le soignant avec son patient. L'activité de médecin d'assurance, se base sur des faits et ceux-ci démontrent plusieurs incohérences qui justifient d'une réduction de ces limitations fonctionnelles, tout en prenant en compte les séquelles opératoires.

Enfin, et pour répondre à votre question, aucune atteinte à l'intégrité n'est retenue, car l'assuré bouge son épaule au-delà des amplitudes retenues comme pathologiques, qu'il n'a pas présenté de luxation. De même, la mobilité de son épaule est bien meilleure dans des activités hors réhabilitation, avec une musculature symétrique, confirmant une utilisation régulière de ce membre. En effet, un membre non utilisé présente habituellement une atrophie

conséquente en 5-10 jours (de 12 à 44% selon diverses études*), ce qui correspond à une fonte musculaire, qui se voit, non seulement à l'œil nu, mais également en radiologie, avec l'apparition de graisse au niveau des fibres musculaires. »

e) Par décision sur opposition du 8 août 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Après avoir déclaré irrecevable la demande de l'assuré de paiement d'un « salaire » pour le mois d'avril 2022, elle a constaté que seule était litigieuse la question de la rente d'invalidité, l'assuré ne contestant pas le refus d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ce point de la décision étant ainsi entré en force. D'une part, elle a relevé que l'assuré se plaignait, dans le cadre de son opposition, de troubles psychiques. A cet égard, la CNA a souligné que d'éventuels troubles psychiques avaient été écartés par la Clinique T._____ et qu'ils ne faisaient en outre l'objet d'aucun suivi. Par ailleurs, rien au dossier ne démontrait un lien de causalité naturelle entre ses éventuels troubles et l'accident, la question de la causalité naturelle pouvant toutefois demeurer ouverte, le lien de causalité adéquate n'étant de toute façon pas réalisé. En effet, l'accident – chute depuis le siège d'une camionnette à l'arrêt, soit d'une hauteur d'environ un mètre, après s'être brusquement fait tirer le bras – devait être qualifié de gravité moyenne à la limite des accidents légers. L'analyse des critères jurisprudentiels en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident de cette gravité ne permettait pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité adéquat. Faute de lien de causalité, les troubles psychiques dont se plaignait l'assuré – qui n'avaient par ailleurs pas même été établis – ne relevaient donc pas de la responsabilité de la CNA. D'autre part, du point de vue de l'atteinte à l'épaule gauche, la CNA a estimé que l'ensemble des pièces au dossier attestaient d'une stabilisation de l'état de santé de l'assuré au 31 août 2021. Se fondant sur les différentes appréciations de la Dre C._____, elle a retenu que l'assuré demeurerait en mesure de travailler à plein temps et sans diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de traction brusque, pas de mouvement en porte-à-faux, pas de port de charge de plus de 10 kg de manière répétée et pas de mouvement au-dessus de l'horizontal). Après comparaison des revenus, la CNA a conclu que l'assuré n'avait pas le droit à une rente.

C. **a)** Par courrier du 4 septembre 2022, D._____ a formé recours contre la décision sur opposition du 8 août 2022. En substance, il a reproché à l'intimée d'avoir procédé à une lecture biaisée des rapports de la Clinique T._____, en ne retenant pas les limitations fonctionnelles telles qu'elles ressortent desdits rapports. Se référant à l'avis de ses médecins traitants, il conclut à ce que son invalidité soit reconnue à 50 %.

b) Par écriture du 19 septembre 2022, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a réitéré que l'avis de la Dre C._____ devait être suivi, en particulier s'agissant des limitations fonctionnelles. Elle a, par ailleurs, estimé que, même à suivre celles retenues par la Clinique T._____ (en particulier port de charge maximale de 2,5 kg), le revenu d'invalidé du recourant correspondrait toujours au salaire médian du secteur privé, niveau de compétence 1, justifiant tout au plus un abattement de 5 % sur celui-ci, ce qui conduirait toujours à une invalidité n'ouvrant pas de droit à une rente.

c) L'écriture du 19 septembre 2022 a été communiquée le 22 septembre 2022 au recourant, qui a renoncé à répliquer.

D. Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1^{er} mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

E n d r o i t :

1. **a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents. 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-accidents, singulièrement sur le point de savoir quelle est sa capacité de travail.

3. a) 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 (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, ici applicable).

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). 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. 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.

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).

b) 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).

c) 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 citées ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

4. a) Pour 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).

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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions

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

5. Le recourant conteste l'appréciation de l'intimée quant à sa capacité de travail et à ses limitations fonctionnelles.

a) A titre liminaire, il convient de constater, à l'instar de l'intimée, que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 août 2021 – étant précisé que l'intimée a servi ses prestations jusqu'au 31 mars 2022 –, ce que celui-ci ne conteste d'ailleurs pas. A cet égard, la Dre M._____, dans son rapport du 21 juillet 2021, a constaté que la situation médicale de l'assuré était stabilisée. Quant au Dr S._____, il a indiqué, dans son rapport du 8 septembre 2021, qu'il n'avait pas de solution chirurgicale ou conservatrice à proposer, confirmant l'avis du chirurgien de la Clinique T._____. S'agissant des traitements évoqués par le Dr Q._____ dans son rapport du 24 février 2022 (application d'une crème anti-inflammatoire et massages), il s'agit de traitements de confort ne visant pas à une amélioration significative de l'état de santé, étant précisé que l'infiltration également évoquée a été refusée par le recourant.

b) Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus apte à exercer son activité habituelle d'aide-monteur en échafaudage, au vu des limitations fonctionnelles retenues, ce qui ressort de manière convergente des différents avis médicaux au dossier.

c) En revanche, le recourant conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et prétend, en se fondant sur le rapport du 21 juin 2022 de son médecin traitant, ne pouvoir travailler qu'à 50 %. Il reproche par ailleurs à l'intimée d'avoir procédé à une lecture

biaisée des rapports de la Clinique T._____, en ne retenant pas les limitations fonctionnelles telles qu'elles ressortent desdits rapports, en particulier le port de charge jusqu'à 2,5 kg, limitation confirmée par son médecin traitant.

Quant à l'intimée, elle estime que les avis de la Dre C._____ sont bien motivés et convaincants concernant les motifs pour lesquelles elle s'écarte des rapports de la Clinique T._____ s'agissant des limitations fonctionnelles.

d) L'intimée, qui se fonde essentiellement sur les avis de la Dre C._____, a retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans traction brusque, sans mouvement en porte-à-faux, sans port de charge de plus de 10 kg de manière répétée et sans mouvement au-dessus de l'horizontal.

Il convient de constater qu'hormis la question du port de charges et d'une activité nécessitant de la force et des mouvements répétés du membre supérieur gauche, les limitations fonctionnelles retenues par la Dre C._____ correspondent, pour l'essentiel, à celles ressortant tant du rapport de la Clinique T._____ du 21 juillet 2021 que de l'attestation établie le 21 juin 2022 par le Dr R._____. A cet égard, la Dre C._____ a exposé qu'elle retenait de telles limitations en raison de l'opération qu'avait subie le recourant le 9 novembre 2020, une épaule opérée étant, de facto, plus fragile qu'une épaule native, même s'il y avait, cliniquement, peu d'éléments limitant identifiés aux examens réalisés à la Clinique T._____.

La Dre C._____ a, en outre, expliqué qu'elle s'écarterait partiellement des limitations fonctionnelles retenues par la Clinique T._____ en raison du fait qu'elles ne correspondaient pas aux capacités fonctionnelles résiduelles de l'articulation mais bien plutôt à ce que l'assuré avait accepté de faire. A cet égard, on ne saurait critiquer l'avis de la Dre C._____. En effet, contrairement à ce que soutient le

recourant, le rapport du 21 juillet 2021 de la Clinique T._____ fait bien état du fait que les limitations fonctionnelles retenues correspondent à ce qu'il a bien voulu consentir comme effort (cf. rapport du 21 juillet 2021 p. 5). Il ressort en outre de ce rapport que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour et que la participation du patient aux thérapies a été faible (cf. rapport du 21 juillet 2021 p. 4). Ce rapport souligne encore que des incohérences et des autolimitations ont été observées, en particulier, une discordance entre le comportement pendant l'examen clinique et en dehors, le recourant intégrant de manière très limitée son membre supérieur gauche lors des thérapies individuelles, mais de manière nettement meilleure lors des pauses et des repas, ainsi que lors des thérapies en groupe. Par ailleurs, la Dre C._____ ajoute que les examens cliniques montrent, à chaque fois, une musculature symétrique et conservée tant visuellement qu'à la mesure des périmètres des membres supérieurs. Ces éléments ressortent effectivement autant des rapports relatifs aux deux séjours du recourant à la Clinique T._____ (cf. rapport du 23 juillet 2020 p. 2 et rapport du 21 juillet 2021 p. 2) que de celui du Dr Q._____ du 24 février 2022. La Dre C._____ expose, de manière convaincante, que la musculature symétrique démontre une utilisation régulière du membre supérieur gauche, rappelant qu'un membre non utilisé présente une atrophie conséquente (de 12 à 44 % selon diverses études) en 5 à 10 jours, ce qui correspond à une fonte musculaire visible à l'œil nu mais également en radiologie. Au vu de l'ensemble de ces éléments, les avis de la Dre C._____ sont sérieusement motivés et ses conclusions sont convaincantes quant à la pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'elle énumère.

Les avis des Drs S._____ et R._____ ne sont, par ailleurs, pas propres à remettre en cause l'appréciation de la Dre C._____. En effet, le Dr S._____ a noté, tout au long de son suivi, que les progrès depuis l'opération étaient notables. C'est ainsi qu'il a relevé que l'amplitude de l'élévation, des rotations internes et externes s'étaient améliorées au fil des mois. Quant aux douleurs, il les attribue

essentiellement à des contractures musculaires dues à la peur des douleurs du recourant, à propos duquel il souligne, dès les premiers rapports, qu'il est craintif et qu'il se focalise très rapidement sur la moindre douleur. Ainsi, l'appréciation du Dr S._____, selon lequel seule une activité purement non physique était envisageable sur le plan professionnel, n'est aucunement motivée et se fonde essentiellement sur le ressenti du recourant et non sur les constats objectifs de ce médecin. Il ne se prononce d'ailleurs pas sur d'éventuelles limitations fonctionnelles. S'agissant de la suspicion émise par le Dr S._____ d'un étirement nerveux au niveau plexulaire - à propos duquel il souligne que les douleurs en découlant sont difficilement objectivables - il a été écarté par le neurologue de la Clinique T._____, après un examen neurologique qualifié de rassurant (cf. rapport du 21 juillet 2021 p. 4). Quant à l'attestation de restrictions fonctionnelles émises par le Dr R._____, elle ne fait qu'énumérer des restrictions et attesté une capacité de travail à 50 %, sans aucune motivation ou explication. Ainsi, outre que ces différents documents émanent des médecins traitants du recourant, ils se fondent essentiellement sur les plaintes de celui-ci et non sur des constatations objectives. Par ailleurs, ils ne discutent aucunement les éléments retenus par la Dre C._____ permettant de mettre en doute certaines limitations fonctionnelles, en particulier la trophicité musculaire symétrique et conservée que présente la ceinture scapulaire du recourant et l'absence de fonte musculaire, qui ne peuvent s'expliquer que par l'usage normal du membre supérieur gauche par le recourant, en dehors du cadre thérapeutique. Les avis des médecins traitants du recourant ne sont donc pas propres à mettre en doute le bien-fondé des constatations de la Dre C._____.

e) S'agissant de la « snapping scapula » diagnostiquée par le Dr S._____ le 8 septembre 2021, il convient de constater que ce médecin n'indique aucune limitation fonctionnelle liée à ce diagnostic, pour lequel il ne propose d'ailleurs aucun traitement. Hormis des craquements de l'articulation, on ne distingue d'ailleurs pas quelle serait les conséquences de ce diagnostic. En outre, là encore, la trophicité musculaire conservée et symétrique plaide en faveur d'un impact limité de

ce diagnostic sur les capacités du recourant. Quoi qu'il en soit, rien n'indique que ce diagnostic causerait une limitation fonctionnelle allant au-delà de celles déjà retenues par la Dre C._____ et, à sa suite, par l'intimée.

f) Quant aux problèmes psychologiques, qui ont été évoqués par le recourant dans le cadre du dossier de la CNA, sans qu'il ne s'en prévale dans le cadre de son recours, il suffit de constater que de tels troubles ont été écartés lors du second séjour du recourant auprès de la Clinique T._____. Il ressort en effet du rapport du 21 juillet 2021 qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé par rapport au premier séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. En outre, le recourant ne bénéficie d'aucun suivi à cet égard et aucun des rapports médicaux au dossier ne permet de constater que de tels troubles auraient été diagnostiqués. Au demeurant, la motivation de la décision attaquée quant au lien de causalité adéquate entre l'accident subi par le recourant et de tels troubles est convaincante et il peut y être entièrement renvoyé.

g) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans traction brusque, sans mouvement en porte-à-faux, sans port de charge de plus de 10 kg de manière répétée et sans mouvement au-dessus de l'horizontal.

6. L'intimée a ensuite procédé au calcul du taux d'invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, elle a retenu que le recourant obtenait un revenu annuel de 62'400 fr. (4'800 x 13) auprès de son employeur [...] Sàrl. Cette société avait toutefois été dissoute et sa liquidation ordonnée le [...]. L'intimée a donc arrêté le salaire annuel de valide à 58'045 fr., correspondant au salaire minimal de la Convention collective de travail pour les échafaudeurs suisse, pour un aide monteur d'échafaudages âgé de 28 ans avec une expérience de plus de trois ans dans le canton de Genève (4'465 fr x 13 en 2021). Quant au revenu avec invalidité, elle s'est fondée sur les statistiques de l'ESS (tableau ESS 2018,

TA1_tirage_skill_level, homme, niveau de compétence 1), le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative. Après avoir adapté le salaire à la durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises durant l'année 2021, elle a retenu un montant de 67'766 fr. 67, montant qu'elle a adapté à l'évolution des salaires (à savoir 0,9 % en 2019, 0,8 % en 2020 et -0.7 % en 2021), aboutissant à un revenu d'invalidé de 68'441 fr. 12. Elle en a conclu que le recourant ne subissait aucune perte de gain et lui a refusé le droit à une rente d'invalidité. Dans sa réponse, l'intimée a relevé que l'Office fédéral des statistiques avait publié les chiffres 2020 de l'ESS le 23 août 2022, postérieurement à la décision attaquée. Ceux-ci devaient toutefois être repris, conformément à la jurisprudence. Ainsi, selon le nouveau calcul, le revenu d'invalidé s'élevait à 63'132 fr. (tableau ESS 2020, TA1_tirage_skill_level, homme, niveau de compétence 1), adapté à la durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises durant l'année 2021 (65'815 fr. 11) et à l'évolution des salaires (-0.7 % en 2021), elle a abouti à un montant de 65'354 fr. 40, ne révélant toujours pas de perte de gain.

Cette manière de procéder ne prête pas le flanc à la critique, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas. Il suffit de relever que, même à retenir les chiffres les plus favorables au recourant – à savoir le salaire effectivement réalisé par celui-ci auprès de son ancien employeur (62'445 fr. 90 après indexation en 2020 et 2021) et le salaire tel que calculé par l'intimée sur la base du tableau ESS 2020 (65'354 fr. 40) – le recourant ne subit aucune perte de gain, si bien qu'il n'a pas droit à une rente d'invalidité.

7. a) En définitive, le recours 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) et a procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 août 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- 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 :