

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 février 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

M. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Michel De Palma,
avocat à Sion,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 18 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1965, travaillait en qualité de manœuvre sur chantiers pour le compte d'une entreprise de construction de routes et de travaux publics. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) contre le risque d'accident et de maladie professionnelle, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Par déclaration de sinistre du 1^{er} juin 1995, l'assuré a annoncé s'être blessé à l'épaule droite le 22 mai précédant, dans le contexte d'un accident de travail (chute en portant de la ferraille). Le diagnostic de dislocation antéro-inférieure de l'épaule droite après subluxation traumatique a été posé, avec pour traitement une immobilisation par gilet orthopédique pendant six semaines.

La CNA a garanti le versement des prestations légales d'assurance pour les suites de l'événement du 22 mai 1995.

Se plaignant d'instabilité et d'insécurité de l'épaule droite, l'assuré a été soumis à une arthro-IRM le 18 juillet 1995. Le rapport y relatif énonçait des éléments parlant en faveur d'une désinsertion partielle du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur, sans lésion ligamentaire ou tendineuse associée. Le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a prôné la fixation du limbus glénoïdal aux fins d'éviter une luxation récidivante, intervention chirurgicale à laquelle l'assuré n'a pas souhaité se soumettre, préférant une rééducation musculaire.

A la suite de l'accident, l'assuré a subi une incapacité totale de travail. Il a repris son activité à 50% à compter du 4 septembre 1995, puis à 80% à compter du 10 octobre suivant. Il a par ailleurs été licencié avec effet au 31 décembre 1995, puis mis au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage.

L'assuré a été examiné le 20 octobre 1995 par le Dr N._____, médecin d'arrondissement de la CNA. De l'avis de ce dernier, la nature des lésions initiales, les constatations au jour de l'examen et le délai de cinq mois écoulé justifiaient une reprise du travail en plein.

Se fondant sur les conclusions du Dr N._____, la CNA a supprimé le droit de l'assuré aux prestations d'assurance par décision du 29 novembre 1995.

B. Le 16 septembre 2003, par le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, M._____ a fait annoncer une rechute de l'accident du 22 mai 1995. Le Dr Q._____ a complété le 8 octobre 2003 un rapport à la demande de la CNA et fait état d'une évolution défavorable en raison du diagnostic de séquelles constituées par une capsulite rétractile après subluxations récidivantes. Selon les termes du chirurgien, il n'y avait pas de circonstances sans rapport avec l'accident, hormis le fait que l'assuré avait refusé l'intervention chirurgicale. Une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité de manœuvre était attestée alors que la reprise d'une activité à temps plein, dans un travail ne nécessitant pas d'effort de l'épaule droite, était possible eu égard aux capacités intellectuelles de l'assuré.

Des radiographies de l'épaule effectuées le 7 novembre 2003, complétant l'examen pratiqué par le Dr T._____, médecin d'arrondissement de la CNA, n'ont démontré aucune lésion ostéoarticulaire notable. Le Dr T._____ a souligné, outre les incohérences observées lors de l'examen clinique, le contraste entre la durée alléguée des douleurs et le faible recours à la consultation médicale depuis 1995 d'une part, et la discrépance entre l'intensité des douleurs décrites comme quasi-permanentes et l'absence de signes objectifs d'épargne du membre supérieur d'autre part. Au terme de ses constatations, il a retenu l'absence d'élément organique, la présence de troubles fortement atypiques pouvant difficilement être mis en rapport avec la pathologie traumatique initiale et une problématique dominée par

des éléments psychosociaux. Une scintigraphie osseuse triphase a été pratiquée le 14 novembre 2003. A réception du rapport y relatif, le Dr T._____ a relevé que la scintigraphie démontrait une minime asymétrie de captation des ceintures scapulaires et permettait d'exclure la présence d'une capsulite rétractile évolutive avec un haut degré de certitude. Aux termes de son appréciation du 18 novembre 2003, l'importante disproportion observée entre les plaintes subjectives de l'assuré et les constatations objectives était confirmée, les troubles dont ce dernier se plaignait étaient à mettre en relation avec une problématique non organique, sans rapport avec l'accident, et il n'y avait pas de séquelle notable de l'accident, susceptible de l'empêcher de travailler en plein dans l'activité professionnelle antérieure.

Par décision du 5 décembre 2003, la CNA a refusé la prise en charge des troubles annoncés au mois de septembre, considérant qu'il n'avait pas été apporté la preuve nécessaire d'une corrélation pour le moins probable avec l'accident du 22 mai 1995. Dans sa décision sur opposition du 25 février 2004 au terme de laquelle sa position était confirmée, la CNA a ajouté que tout lien de causalité entre une éventuelle surcharge psychique et l'événement du 22 mai 1995 devait être nié, la causalité naturelle sur la base de l'avis du Dr T._____ et la causalité adéquate au regard des critères développés par la jurisprudence n'étant pas établie. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force.

C. Le 19 février 2009, M._____ a annoncé une nouvelle rechute de l'accident du 22 mai 1995.

A la demande de la CNA, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a adressé son rapport le 17 mars 2009, faisant état d'une algo-paresthésie du membre supérieur droit depuis plusieurs années et d'un syndrome du tunnel carpien droit - dont la relation de causalité avec l'accident était peu probable - avec décompression chirurgicale pratiquée le 27 février 2009.

La rechute a été niée par le médecin d'arrondissement de la CNA, lequel soulignait le processus maladif depuis plusieurs années clairement mentionné par le Dr O._____.

Par décision du 23 mars 2009, la CNA a refusé d'intervenir en l'absence de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 22 mai 1995 et les troubles annoncés.

Un rapport du Dr C._____, chef du Service d'orthopédie et de traumatologie du Z._____, daté du 26 mars 2010, a été remis à la CNA le 4 juin suivant. Il en résultait les diagnostics d'instabilité antérieure gléno-humérale droite et d'arthrose gléno-humérale droite secondaire, avec l'indication d'une stabilisation chirurgicale en cas de gêne et douleurs importantes.

L'assuré a fait l'objet d'un nouvel examen par le médecin d'arrondissement, le Dr S._____, le 10 novembre 2010. Il résulte de son rapport notamment ce qui suit :

« Diagnostic :

Nous retenons le diagnostic d'instabilité de l'épaule D ainsi que d'arthrose gléno-humérale débutante D.

En ce qui concerne les comorbidités, nous retenons les diagnostics d'obésité, état anxio-dépressif, lésions dégénératives de la colonne cervicale et probablement lombaire (notion anamnestique) ainsi que le diagnostic de status 1 an après cure de tunnel carpien D.

Appréciation du cas :

Il s'agit d'un assuré de 45 ans, 30 ans au moment des faits, manoeuvre, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Subjectivement, en ce qui concerne l'épaule D, il continue de présenter des douleurs quotidiennes à prédominance nocturne et à caractère insomniant. Il note une importante perte de force et épisodiquement, il n'arrive pas à ouvrir une boîte de conserve. Il est porteur d'un gilet orthopédique pratiquement toutes les nuits. Sur le plan psychique, l'assuré décrit sa situation comme extrêmement grave sur le plan social, qu'il attribue en partie à un état anxio-dépressif traité par Rivotril®. Une consultation psychiatrique est d'ailleurs planifiée prochainement.

Objectivement, nous constatons effectivement la présence d'une instabilité de l'épaule D avec tiroir antéro-postérieur de 5-8 mm et d'un signe d'appréhension [positif]. Le Sulcus sign est par contre [négatif] en raison de l'opposition de l'assuré. L'examen est surtout dominé par des éléments psychosociaux sans rapport avec l'événement de 1995.

En définitive, du point de vue assécurologique, seule la lésion de l'épaule D nous concerne. Tant les problèmes psychologiques que les pathologies somatiques cervicales et lombaires en cours d'investigations, ne sont pas en relation avec l'événement de 1995.

Par contre, il y a lieu de reconnaître des limitations fonctionnelles de l'épaule D sous forme d'un port de charge limité à 15kg bras au corps, 2kg en abduction, pas de travaux à hauteur d'épaules ou au-dessus, pas d'utilisation d'échelle et pas de mouvement en rotation répétitive de l'épaule D. En tenant compte de ces éléments, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée.

Les lésions constatées ce jour donnent droit à une IPAI faisant l'objet d'une appréciation séparée. »

Par décision du 12 novembre 2010, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Cette décision a été frappée d'opposition le 10 décembre suivant. L'opposition a été rejetée par décision du 24 mars 2011, demeurée sans recours.

D. Par lettre du 9 juillet 2012, M. _____ a demandé à la CNA de procéder à un nouvel examen de son cas, alléguant s'être vu octroyer par l'assurance-invalidité une rente de 50% à la suite d'une expertise médicale.

La CNA a requis de l'OAI une copie du dossier constitué en faveur de l'assuré. Il en résultait notamment un rapport d'expertise psychiatrique, orthopédique et rhumatologique, daté du 20 mars 2012, de la F. _____, dont on extrait ce qui suit :

« Monsieur M. _____ présente des omalgies droites chroniques invalidantes, survenues après une subluxation consécutive à une chute, de l'épaule droite, depuis, impossibilité de reprise de toute activité professionnelle. Par la suite, la symptomatologie douloureuse a fait tache d'huile, sans que l'expertisé ne reprenne une activité professionnelle quelconque.

D'un point de vue rhumatologique, compte tenu de la notion de subluxation anamnestique de l'épaule droite (pas de luxation médicalement objectivée), l'activité de manœuvre sur les chantiers

n'est, à mon avis, actuellement plus exigible, notamment en raison des risques de chute plus élevés que la moyenne et compte tenu que l'activité de manœuvre nécessite l'utilisation régulière et intensive des membres supérieurs et que l'on doit considérer qu'il s'agit de travaux de force.

De plus, la spondylarthrose L4-L5 et L5-S1 (prédominante) contre-indique également les travaux physiquement lourds.

Par contre, pour une activité adaptée, à savoir une activité ne sollicitant pas l'épaule droite de manière répétitive ni au-delà d'une abduction et élévation antérieure de 90°, absence d'activité en position statique prolongée (assise ou debout) de plus d'une heure consécutive sans possibilité de varier la position, avec mouvement répétitif en porte-à-faux, conduite d'engins vibrant ou conduite d'un véhicule de manière prolongée (profession de chauffeur-livreur contre-indiquée), la capacité de travail pour les activités légères, est complète. »

Le rapport d'expertise révélait par ailleurs les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'omalgies droites chroniques avec omarthrose et instabilité gléno-humérale anamnestique, de cervico-dorsolombalgies chroniques avec spondylarthrose L5-S1, d'épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère et de probable syndrome somatoforme douloureux persistant. A l'issue de l'expertise, il était considéré que la pathologie psychiatrique entraînait une diminution de la capacité de travail de 50% dans une activité légère adaptée aux problèmes rhumatologiques et orthopédiques de l'assuré.

Par déclaration de sinistre LAA signée le 18 septembre 2012 par le centre Orif (Organisation romande d'intégration et de formation), où l'assuré était occupé en qualité d'aide-menuisier, un accident survenu le 14 septembre 2012 a été annoncé à la CNA, ayant engendré une recrudescence des douleurs à l'épaule droite. La CNA a traité cette annonce comme une nouvelle rechute et couvert les frais médicaux.

Le 25 septembre 2012, l'assuré a été vu à la consultation spécialisée de l'épaule, au Service d'orthopédie et traumatologie du Z._____. Il résultait du rapport y relatif les diagnostics d'instabilité antéro-inférieure de l'épaule droite respectivement contusion de l'épaule droite, et l'absence de lésion osseuse démontrée par les radiographies effectuées au jour de l'événement du 14 septembre 2012. Le patient était

apte à être réinséré dans le monde du travail et il était suggéré une prise en charge à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), aux fins de réévaluer ses capacités physiques.

L'assuré a repris son travail à l'Orif à 100% le 29 octobre 2012.

Le 21 février 2013, se fondant particulièrement sur le rapport d'expertise de la F._____, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente, singulièrement d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2012 (début du délai de carence reconnu au 1^{er} octobre 2009).

Après avoir obtenu l'avis de son médecin d'arrondissement, lequel niait la relation de causalité entre l'événement du 14 septembre 2012 tel que décrit par l'assuré (cf. déclaration de sinistre et rapport d'entretien du 9 novembre 2012) et la souffrance de l'épaule droite, la CNA a organisé le séjour de l'assuré à la CRR, effectué du 16 avril au 7 mai 2013.

Dans le document intitulé « Rapport de la phase initiale / phase 0 » établi à la suite du passage de l'assuré aux ateliers professionnels du 23 avril au 7 mai 2013, il était inscrit qu'un projet de réinsertion professionnelle ou de formation professionnelle s'avérait illusoire compte-tenu de l'incapacité du sujet à se projeter dans la sphère professionnelle et adhérer à un projet d'activité même simple. Sur un plan objectif, si l'ancienne profession de maçon en génie civil apparaissait désormais difficilement envisageable, une capacité de travail à temps complet et à plein rendement était reconnue dans des activités sans travaux au-dessus du plan de l'épaule avec des ports de charges de 10 à 15 kg à hauteur d'établi et des déplacements en terrain plat.

Se référant aux bilans et investigations résultant du séjour de l'assuré, les Drs U._____ et V._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant, ont établi leur rapport le 6 juin 2013. Ils posaient les diagnostics de traumatisme de l'épaule droite le 16 [recte : 14] septembre

2012, d'instabilité gléno-humérale antérieure à droite, d'omarthrose droite, d'arthrose acromio-claviculaire débutante droite, d'antécédent d'une luxation de l'épaule droite en 1995 suivi de plusieurs épisodes de re-luxation, ainsi que les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, d'intertrigo inguino-scrotal bilatéral, de mycose interdigitale aux deux pieds, d'hypertension artérielle traitée, de lombalgies chroniques et de status post-cure de tunnel carpien à droite il y a deux-trois ans. Au terme de leur rapport, ils ont exposé notamment ce qui suit :

« Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics). Cependant les facteurs contextuels jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail. En particulier, les symptômes dépressifs de même que les traits de personnalités rigides du patient ont une influence sur les douleurs et les limitations fonctionnelles. Le processus d'invalidation est déjà bien avancé avec une attente de prestations sociales et asséculo-logiques.

[...]

Il n'y a pas eu d'évolution significative subjective et objective (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme faible.

Des incohérences ont été relevées : le niveau de performances généralement considéré comme minimal n'est pas atteint au cours des tests effectués (cf. rapport de mini-ECF). Les réponses au questionnaire HFS correspondent à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : positions statiques prolongées, marche prolongée, agenouillements et accroupissements, travail au-dessus de l'horizontal de l'épaule, mouvements répétitifs.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (■ facteurs médicaux retenus après l'accident et/ou □ facteurs médicaux sans lien avec l'accident et/ou ■ facteurs non-médicaux). Les limitations fonctionnelles peuvent être partiellement expliquées par les lésions constatées qui justifient une incapacité de travail dans un travail lourd cependant les facteurs contextuels (cf. ci-

dessus) semblent jouer un rôle majeur sur les limitations fonctionnelles. De plus le patient n'a plus de poste de travail.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident et/ou facteurs médicaux sans lien avec l'accident et/ou facteurs non-médicaux) en raison des facteurs contextuels ci-dessus. Dans toutes les activités imposées, la vitesse d'exécution est en-dessous de la norme. Il varie entre 40 et 50%. »

Le 19 juin 2013, le Dr W._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a répondu par l'affirmative aux questions de savoir si le cas était stabilisé et si l'exigibilité retenue lors de l'examen final de 2010 pour les seuls troubles de l'épaule droite était toujours d'actualité. Il a également indiqué que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était pas modifiée.

Par décision du 18 juillet 2013, la CNA a considéré que les conditions requises pour l'octroi de la rente d'invalidité n'étaient pas réunies à défaut de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident du 22 mai 1995. Particulièrement, la CNA s'est fondée sur les résultats d'une recherche avec description des postes de travail (ci-après : DPT), répertoriant 193 DPT, avec des perspectives de salaire variant de 39'000 fr. à 78'000 fr. pour l'année 2010 (en référence à l'examen final du Dr S._____ du 10 novembre 2010). De la sélection de cinq DPT correspondant aux séquelles accidentelles de l'assuré (contremaître cantonnier, collaborateur de production, cariste, agent professionnel de sécurité et de surveillance, régleur [horlogerie]), il est ressorti un gain potentiel d'invalidé de 60'903 fr. en 2010. Quant au gain présumable sans invalidité, il s'élevait cette même année à 66'137 francs. Il résultait ainsi de la comparaison entre ces deux revenus une perte inférieure au taux de 10% ouvrant le droit à une rente d'invalidité. La CNA informait par ailleurs l'assuré qu'elle poursuivait la prise en charge des médicaments antalgiques et jusqu'à deux fois neuf séances de physiothérapie par année sur prescription médicale, pour l'épaule droite.

Le 5 août 2013, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, la qualifiant d'incohérente et d'injustifiée. Par son mandataire, il

a confirmé l'opposition le 20 mai 2014 et conclut à ce qu'il soit procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité, lequel ne devait pas être inférieur à 50%. En substance, il soutenait que les appréciations médicales résultant de son séjour à la CRR tendaient à prouver l'aggravation des séquelles accidentelles, objectivaient des limitations fonctionnelles, révélant de ce fait une incapacité de gain notable.

Dans sa décision sur opposition du 31 décembre 2014, la CNA a maintenu sa position, rappelant notamment que selon le Dr W._____, l'exigibilité posée en novembre 2010 par le Dr S._____ était toujours actuelle et les DPT retenues concrètement, permettant de ménager l'épaule droite, étaient compatibles avec le profil d'exigibilité. Elle rappelait que les problèmes psychologiques et les pathologies cervicales et lombaires étaient sans rapport avec l'événement de 1995, comme l'avait souligné le Dr S._____, et que les facteurs contextuels reconnus par la CRR - jouant un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par l'intéressé - ne pouvaient être pris en compte dans l'évaluation du pourcentage de la perte de gain.

E. Par acte de son mandataire du 3 février 2015, M._____ a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 31 décembre 2014, en concluant, avec suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux égal ou supérieur à 50% selon nouveau calcul à effectuer par l'intimée. Il produit l'avis du 16 juin 2014 du Dr R._____, chirurgien orthopédiste, rédigé en ces termes :

« Le médecin soussigné certifie que Monsieur M._____ présente les diagnostics suivants :

Discopathie sévère L5-S1 avec érosion des plateaux vertébraux sus- et sous-jacents.

Le patient présente une symptomatologie douloureuse lombaire permanente mais variable en intensité selon les jours clairement attribuable à l'importante discopathie L5-S1. Il est au bénéfice d'une rente AI à 52% depuis janvier 2012. Ce problème, connu de longue date, a été investigué et traité au Z._____. En outre, il présente également une symptomatologie douloureuse de l'épaule droite avec antécédents de luxation, également investiguée et traitée à l'hôpital orthopédique (Z._____).

Pour ma part, uniquement concernant le problème lombaire, la capacité de travail dans une activité lourde (port de charges, stations debout ou assise permanentes) est nulle. Dans un travail semi-sédentaire, sans port de charge, une capacité de travail de 50% me semble réalisable. »

Il produit également un compte-rendu de consultation du physiothérapeute D._____, du 30 juin 2014, faisant état d'un suivi depuis six ans en raison de « lombalgies chroniques, dorsalgies, cervicalgies, épaule instable et douloureuse ainsi que d'autres douleurs diffuses multifocales ». Le recourant soutient que ces rapports attestent de la péjoration de son état de santé consécutive à l'accident, à l'instar des appréciations émises par les médecins de la CRR, et justifient un réexamen de son droit à la rente. Il reproche encore à la CNA d'essayer de trouver d'autres motifs pour expliquer ses plaintes et le refus de prestations, tels que la surcharge psychique et des facteurs contextuels.

Dans son mémoire de réponse du 9 mars 2015, la CNA confirme la décision sur opposition, déniait avoir refusé d'entrer en matière sur l'éventuel droit à la rente. Elle mentionne une instruction de la troisième rechute par des investigations à la CRR notamment, dont il résulte du rapport final, outre un taux de collaboration insuffisant et des incohérences, des troubles d'ordre psychique et une atteinte cervicale sans lien avec l'événement assuré. Elle précise que l'établissement des DPT a été faite en référence aux seules limitations fonctionnelles considérées comme les conséquences de l'accident.

A l'appui de sa réplique du 29 avril 2015, le recourant produit un nouvel avis du physiothérapeute D._____, dont il extrait la confirmation d'une augmentation de l'intensité de ses symptômes et de la fréquence des séances depuis le 19 septembre 2013. Dans son avis du 24 avril 2015, le physiothérapeute précise en outre que les causes les plus fréquentes des séances sont les lombalgies chroniques, les scapulalgies droites, les cervicalgies et les syndromes douloureux au niveau des pieds.

Par duplique du 21 mai 2015, la CNA a confirmé sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA) - auprès du tribunal compétent ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu de se prononcer sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur l'évaluation du taux d'invalidité par la CNA. Le recourant prétend à une rente fondée sur une invalidité égale ou supérieure à 50% en raison de l'aggravation de la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite, séquelle de l'événement du 22 mai 1995.

3. a) Selon 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA), les prestations versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en présence de troubles physiques consécutifs à un accident, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). En présence de troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime d'un accident, le caractère adéquat du lien de causalité doit être examiné selon des critères posés par la jurisprudence (voir ATF 115 V 403).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étendant, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré, les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de

rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202]) ; ainsi, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières. Selon la jurisprudence, il y a rechute ou séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé est guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les arrêts cités ; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.3). Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

b) Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 ; il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 LPGA). En cas d'incapacité de travail de

longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Le taux (ou degré) d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA. Cette première disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Les revenus chiffrés sont comparés selon les circonstances qui prévalent au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA) ; le taux d'invalidité, issu de cette comparaison, est exprimé en pour-cent (Pratique VSI 2000, p. 82, consid. 1b).

Lorsque l'assuré ne met pas, ou pas pleinement, à profit sa capacité de travail après l'accident, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalide, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 176). Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalide que pour autant que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit

produire cinq DPT et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

c) Pour l'évaluation de l'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a eu un recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, il convient par ailleurs de prendre en considération la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Soulignons encore que selon la jurisprudence, la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accorde, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. En l'espèce, doit être examinée l'évaluation du taux d'invalidité du recourant par la CNA, eu égard à l'annonce de la recrudescence des douleurs à l'épaule droite en septembre 2012, traitée comme une rechute.

a) La décision sur opposition du 31 décembre 2014 retient une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité légère ne mettant pas à contribution l'épaule droite par des travaux à hauteur ou au-dessus d'épaule et évitant des mouvements de rotation répétitive de cette articulation. Elle repose sur l'avis du médecin d'arrondissement, le Dr W._____, lequel reconnaît comme toujours actuelle l'exigibilité posée en novembre 2010 par le Dr S._____.

Le Dr S._____ a examiné l'assuré le 10 novembre 2010. Au terme de son rapport d'examen final, il retient une instabilité de l'épaule

droite et une arthrose gléno-humérale débutante droite, génératrices de limitations fonctionnelles sous forme d'un port de charge limité à 15 kg bras au corps, 2 kg en abduction, pas de travaux à hauteur d'épaules ou au-dessus, pas d'utilisation d'échelle ni mouvement en rotation répétitive de l'épaule droite. Le Dr S._____ conclut à une exigibilité complète dans une activité adaptée, tenant compte des éléments qui précèdent. Il souligne en outre que les problèmes psychologiques (état anxio-dépressif) et les pathologies somatiques cervicales et lombaires (lésions dégénératives) ne sont pas en relation avec l'événement du 22 mai 1995.

Outre que le rapport du Dr S._____ satisfait aux exigences jurisprudentielles formelles, il concorde avec l'évaluation effectuée à la CRR quant à l'inexigibilité de l'activité professionnelle antérieure et sur le principe d'une capacité de travail dans une activité tenant compte de certaines limitations fonctionnelles. Notamment, les avis se rejoignent quant à la nécessité d'effectuer des activités sans travaux au-dessus du plan de l'épaule, sans port de charges supérieurs à 15 kg. En revanche, le Dr S._____ n'énonce pas les restrictions liées à la pathologie rachidienne, notamment les activités évitant la position statique et la marche prolongées, les lésions dégénératives de la colonne cervicale et lombaire étant anamnestiquement constatées mais sans relation avec l'événement de 1995.

Référence peut être faite également aux limitations fonctionnelles - sur le plan somatique - retenues par les experts de la F._____, lesquels se sont prononcés sur mandat de l'OAI. En aparté, on soulignera que le préavis de l'OAI du 21 février 2013 intègre d'autres atteintes à la santé que celle retenues par la CNA, de sorte que la caisse intimée était fondée à se distancer de l'évaluation par l'OAI de la capacité de travail du recourant, et partant du taux d'invalidité. En effet, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que 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). Il faut tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Or en l'occurrence, l'OAI s'est prononcé tant sur la problématique du rachis, de nature malade, et la problématique psychologique, que sur l'atteinte à l'épaule, de nature accidentelle.

Cela étant, les experts de la F._____ retiennent que la subluxation anamnestique de l'épaule droite contrevient à la reprise de l'activité habituelle de manœuvre, soit un travail de force nécessitant l'utilisation régulière et intensive des membres supérieurs. On peut également extraire de l'expertise de la F._____ que les restrictions liées aux atteintes somatiques (épaule et dos) ne contreviennent pas à l'exercice d'une activité légère à temps plein, et que seule la pathologie psychiatrique est à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Dite pathologie est par ailleurs sans lien de causalité avec l'événement du 22 mai 1995, selon la décision sur opposition du 25 février 2004, entrée en force.

En outre, il sied de relever que plusieurs avis médicaux relatent un manque de collaboration et un comportement excessivement plaintif de la part de l'assuré. En 2003 déjà, le Dr T._____ observe des incohérences lors de son examen clinique, une importante disproportion entre les plaintes subjectives de l'assurée et les constatations objectives (radiographies de l'épaule du 7 novembre 2003 et scintigraphie osseuse triphase du 14 novembre 2003), faisant état d'une problématique non organique, dominées par des éléments psychosociaux. En novembre 2010, le Dr S._____ mentionne un examen surtout dominé par des éléments psychosociaux sans rapport avec l'événement de 1995. Des incohérences sont par ailleurs constatées lors du séjour du recourant à la CRR, ainsi que la faible participation de ce dernier aux thérapies. Finalement, il est relevé que les limitations fonctionnelles peuvent partiellement s'expliquer par les lésions objectives constatées pendant le séjour et que des facteurs contextuels, particulièrement les symptômes dépressifs, les traits de

personnalités rigides et le processus d'invalidation, jouent un rôle majeur sur les plaintes et limitations fonctionnelles. A la lecture de leur rapport du 6 juin 2013, on constate que si les médecins de la CRR considèrent que des facteurs médicaux en lien avec l'accident et des facteurs non-médicaux rendent défavorables le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité, seuls les facteurs non-médicaux peuvent contrevenir à la réinsertion de l'assuré dans une activité adaptée.

En définitive, il n'existe pas de rapports médicaux mentionnant une quelconque incapacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations, en raison uniquement de ses troubles à l'épaule droite. L'avis du Dr R._____, produit céans par le recourant, ne lui est par ailleurs d'aucun secours dans la mesure où la symptomatologie lombaire est mise au premier plan. De surcroît, contrairement à ce qu'allègue le recourant, le Dr R._____ n'atteste pas de péjoration de l'atteinte à l'épaule droite mais rappelle la présence d'une symptomatologie douloureuse, avec antécédents de luxation. Le même constat peut être posé s'agissant des considérations du physiothérapeute, lesquelles sont relatives à différentes atteintes, principalement rachidiennes ; la péjoration décrite a trait essentiellement à la région lombo-pelvienne.

A toutes fins utiles, on soulignera que la survenance d'une aggravation de l'atteinte à l'épaule droite depuis l'accident du 22 mai 1995 a été reconnue, dans la mesure où par sa décision du 12 novembre 2010, la CNA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cette aggravation demeure cependant sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée puisque le Dr S._____, reconnaissant lui-même le droit à l'indemnité au terme de son examen final du 10 novembre 2010, énonce une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

En conséquence, il convient de suivre l'avis du Dr W._____ selon lequel l'exigibilité ne s'était pas modifiée depuis la décision sur opposition du 24 mars 2011 en ce qui concerne les troubles de l'épaule

droite. Une pleine capacité de travail est ainsi exigible du recourant, dans une activité adaptée respectant les limitations énoncées.

b) S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT, il apparaît que la CNA a respecté les exigences posées par la jurisprudence en la matière (cf. consid. 3b *supra*). Elle a produit cinq DPT et déterminé leur salaire moyen. Leur descriptif atteste du respect des limitations fonctionnelles telles que proposées par le Dr S._____. Singulièrement, aucun des postes ne nécessite de soulèvement au-dessus du buste et il n'est question que d'un port de charge très légère (jusqu'à 5 kg), voire légère (5 à 10 kg) s'agissant du poste de contremaître cantonnier. La caisse intimée a également communiqué le nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que les salaires minima et maxima. La CNA a ainsi rapporté la preuve ou mis en évidence l'existence d'activités adaptées au handicap du recourant sur le marché équilibré du travail, de telle sorte qu'il peut être fait référence aux DPT retenues pour la détermination du revenu avec invalidité.

A cela s'ajoute que selon la jurisprudence, les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 2.2.2). Or, en l'occurrence, le recourant n'a pas formulé de réserves au sujet de l'application des DPT lors de la procédure d'opposition ; il n'en a au demeurant pas formulées dans le cadre de son recours.

En tenant compte d'un revenu sans invalidité de 66'137 fr. - non contesté - et d'un revenu avec invalidité de 60'903 fr., le taux d'invalidité s'élève à 7.91%, soit en-dessous du seuil de 10% ouvrant le droit à une rente (art. 18 al. 1 LAA ; cf. consid. 3b *supra*).

5. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimée, agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, ne peut se voir allouer de dépens à la charge du recourant.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 3 février 2015 par M._____ est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 31 décembre 2014 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 :

- Me Michel De Palma (pour M._____)
- Me Olivier Derivaz (pour la 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 :