

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 mai 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par RSM Risques & Sinistres Management Sàrl, à Poliez-le-Grand,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 61 let. c LPGA ; 6, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ;  
28 al. 4 et 36 al. 1 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), droitier, né le [...], travaillait, depuis le 15 février 2018, en qualité de conducteur de travaux pour le compte de la société V. \_\_\_\_\_ SA à [...]; il était à ce titre assuré de manière obligatoire contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 29 mars 2018, alors qu'il se trouvait sur un chantier, l'assuré a soulevé une pièce de marbre et a ressenti un craquement dans l'épaule droite.

Le 4 avril 2018, A. \_\_\_\_\_ a signé un formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles / rente), en raison de burn-out et dépression depuis 2014. L'assuré est au bénéfice d'un apprentissage de menuisier, de 1971 à 1975, puis il a obtenu un diplôme de dessinateur en bâtiment au terme d'une formation de 1977 à 1979. Il a déclaré l'exercice, de 2012 à 2014, d'une activité lucrative comme menuisier salarié auprès de la société J. \_\_\_\_\_ Sàrl à [...], puis en qualité de menuisier indépendant, de janvier 2017 à décembre 2017, sous la raison individuelle E. \_\_\_\_\_ à [...].

Le 6 avril 2018, une transverse de porte est tombée sur l'épaule droite de l'assuré, épisode après lequel il s'est rendu chez son médecin. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite a été réalisée le 16 mai 2018 et a permis de diagnostiquer ce qui suit : « tendinopathie d'insertion chronique de la coiffe avec une petite déchirure transfixiante du tendon du sus-épineux en regard de sa surface articulaire à l'insertion antérieure. Fine déchirure intrasubstantielle à l'insertion supérieure du tendon du sous-scapulaire. Touche de ténosynovite bicipitale. Remodelé discrètement acutisé avec un petit panus inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire, à caractère dégénératif. Touche irritative de bursite sous-acromio-sous-deltoïdienne et

de capsulo-synovite » (rapport d'IRM de l'épaule droite du 16 mai 2018 du DrH.\_\_\_\_\_, radiologue).

Le Dr S.\_\_\_\_\_, généraliste, médecin traitant, a régulièrement attesté d'une incapacité de travail de l'assuré à 100 % depuis le 9 avril 2018.

Le 11 juin 2018, une arthro-IRM a montré une « déchirure par désinsertion distale des 2/3 antérieurs du tendon supra-épineux sans rétraction tendineuse, désinsertion distale de la petite tubérosité du tiers supérieur du sous-scapulaire, tendinopathie du long chef du biceps ». Aucune répercussion musculaire n'était, en revanche, constatée (rapport du 12 juin 2018 d'arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 11 juin 2018 par le Prof. N.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie).

La CNA a pris en charge le cas (courrier du 13 décembre 2018).

Le 4 février 2019, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à l'intervention chirurgicale détaillée dans le rapport opératoire du même jour (pièce 108), notamment à une refixation arthrosique, en double rangée, du tendon supra-épineux ainsi que du tendon sous-scapulaire de l'épaule droite de l'assuré. A la suite de ce geste chirurgical, des séries de séances de physiothérapie ont été prescrites par ce chirurgien orthopédique.

Lors d'un entretien du 11 mars 2019 à son domicile avec un case manager de la CNA, l'assuré a notamment déclaré ce qui suit s'agissant de son activité professionnelle :

“Il était chef de chantier auprès de la société V.\_\_\_\_\_ SA. Dans le cadre de cette activité, il organisait les travaux à effectuer avec les différents corps de métier présent[s] sur place. Il œuvrait également comme menuisier.

La société s'occupe de rénovation de restaurant surtout et de bâtiments parfois. Ils exécutent donc tous les travaux nécessaires

(menuiserie, maçonnerie, carrelage, sanitaire, nettoyage, etc...). La société a des employés spécialisés dans chaque domaine.”

Lors d’une entrevue du 20 juin 2019 à son domicile avec le case manager de la CNA, l’assuré a notamment fait part d’une consultation le 18 juin 2019 chez le Dr X.\_\_\_\_\_. Il déclarait avoir subi une nouvelle déchirure d’un muscle dernièrement lors d’une séance de physiothérapie. Selon le chirurgien, il n’y avait rien de spécial à faire à ce sujet mais cela risquait de prendre un peu plus de temps pour la convalescence (compte rendu de l’entretien du 20 juin 2019 entre l’assuré et le case manager de la CNA à son domicile).

Dans son rapport d’examen du 30 juillet 2019, la Dre Z.\_\_\_\_\_, médecin praticien, médecin d’arrondissement de la CNA, a estimé que, sur le plan médical, la situation n’était pas stabilisée.

Le 27 août 2019, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur, qui avait vu l’assuré à sa consultation du 21 août 2019, a notamment indiqué qu’actuellement celui-ci ne voyait pas d’un bon œil une hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion. Selon ce médecin, au vu de l’âge du patient et de son niveau de formation, un reclassement professionnel semblait illusoire.

Par projet de décision du 5 septembre 2019, l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l’OAI) a informé l’assuré de son intention de lui octroyer une rente entière de l’assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018 (sur la base d’une incapacité de travail et de gain de 100 % à l’échéance d’un délai de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations).

Aux termes d’un rapport de consultation du 25 septembre 2019, le DrX.\_\_\_\_\_ a indiqué qu’une IRM de l’épaule droite, réalisée le 17 septembre 2019, avait mis en évidence une bursite sous-acromio-deltoïdienne ; il n’y avait pas d’évidence de complication post réparation de la coiffe des rotateurs ainsi qu’une bonne trophicité musculaire. Il convenait de poursuivre la physiothérapie.

Par rapport du 22 octobre 2019 adressé à la CNA, le Dr F.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit :

“Madame, Monsieur,

J’ai bien reçu votre courrier du 18.10.2019.

Je confirme tout à fait l’appréciation du Professeur N.\_\_\_\_\_, à savoir qu’il n’y [a] pas de signe de re-rupture post-opératoire. Bursite sous-acromiale. Par contre atrophie indiscutable du sus-épineux.

Dans ce contexte, je réitère un peu mes conclusions du courrier précédent, à savoir : poursuite de la physiothérapie dans l’idée de renforcer cette ceinture scapulaire.

Pour moi, aucune indication chirurgicale à recommander.

D’autre part, la reprise d’une activité professionnelle lourde risque d’être compliquée dans le futur, surtout, à 2 ans de la retraite. [...]”

Dans un rapport du 6 novembre 2019, consécutif à une consultation de l’assuré le 31 octobre 2019, le Dr X.\_\_\_\_\_ a écrit en particulier ce qui suit :

“[...] *Discussion* : Je pense qu’on peut arrêter la physiothérapie en l’espaçant progressivement. Je pense également que le patient peut reprendre le travail progressivement d’abord à 50% dans 1 mois, mais il n’est pas d’accord. Je pense qu’il doit être convoqué soit par le Dr F.\_\_\_\_\_, soit par le médecin d’arrondissement de la SUVA pour avoir leur avis.

*Attitude* : Je lui ai prescrit 9 séances de physiothérapie et il reste à l’arrêt de travail à 100% encore 1 mois, en attendant la convocation par la SUVA. Je n’ai pas prévu de nouveau contrôle. [...]”

Le 26 novembre 2019, l’assuré a été examiné par la Dre Z.\_\_\_\_\_. Dans son rapport d’examen final du même jour, la médecin d’arrondissement de la CNA a posé les diagnostics suivants :

“Diagnostic

- Scapulalgies D [droites] séquellaires d’un lâchage de la ténodèse et dans les suites d’une arthroscopie de l’épaule D avec ténodèse puis ténotomie du long chef du biceps, capsulotomie postéro-inférieure, acromioplastie latérale, bursoscopie et bursectomie, prélèvement de moelle osseuse à la tête humérale

D avec injection de Concemo (cellules souches) en regard de la déchirure de la coiffe et capsulotomie au niveau de l'intervalle des rotateurs avec section du ligament coraco-huméral, refixation du tendon sous-scapulaire et du supra-épineux dans le cadre d'une arthroscopie réalisée le 04.02.2019.

- Lésion de la coiffe des rotateurs antéro-supérieure de l'épaule D (tendon du supra-épineux et du sous-scapulaire) avec instabilité du long chef du biceps, capsulite rétractile suite à l'événement du 06.04.2018.

#### Diagnosics secondaires

- Obésité de classe 2 avec un BMI [Body Mass Index] à 35.2 kg/m<sup>2</sup>.
- Hypercholestérolémie anamnestique.
- Diabète anamnestique.
- Hypertension artérielle anamnestique."

La Dre Z. \_\_\_\_\_ a constaté une absence d'amyotrophie manifeste de la ceinture scapulaire et une absence d'amyotrophie du membre supérieur droit. On voyait un biceps de Popeye en lien avec le lâchage de la ténotomie. La mobilité était préservée en flexion antérieure mais diminuée encore en abduction et dans les rotations interne et externe (séquelles de la capsulite rétractile). La force était conservée au niveau du membre supérieur droit avec au dynamomètre de Jamar une diminution d'environ 25 % par rapport à la gauche chez cet assuré droitier. Sur le plan médical, la situation était stabilisée, il n'y avait plus d'intervention chirurgicale à proposer à l'assuré, ni de traitement médical. La poursuite de la physiothérapie n'était pas nécessaire si l'intéressé effectuait quotidiennement des exercices pour son épaule droite. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, la médecin d'arrondissement de la CNA a retenu : « pas d'activités répétées et/ou prolongées avec le MSD [membre supérieur droit], pas d'activités répétées et/ou prolongées au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges répété ou prolongé supérieures à 10 kg du sol à la taille, supérieures à 7.5 kg de la taille aux épaules et supérieures à 2.5 kg au-dessus des épaules ». Dans une activité respectant strictement ces limitations, il n'y avait pas de raison pour que l'assuré ne puisse pas travailler à plein temps, sans diminution de rendement. Dans la profession habituelle de menuisier, la capacité de travail de l'assuré restait nulle, et ce de manière définitive. La

DreZ.\_\_\_\_\_ proposait, enfin, de fixer à 5 % le taux d'atteinte à l'intégrité, en raison de la persistance de douleurs et d'une gêne fonctionnelle liée à la rupture de la ténotomie, faisant retenir que l'assuré présentait une périarthrite scapulo-humérale légère à moyenne, équivalente, par analogie, à une omarthrose débutante à moyenne.

Le 27 novembre 2019, la CNA a écrit à l'assuré qu'elle mettait fin à la prise en charge du traitement médical et aux indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2019. Elle statuerait ultérieurement sur le droit à d'autres prestations de l'assurance-accidents.

Après avoir procédé aux éclaircissements sur le plan économique (pièces 193 et 194), la CNA a, par décision du 5 décembre 2019, refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en l'absence de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident du 6 avril 2018. Les limitations fonctionnelles retenues consistaient en pas de sollicitations répétitives du bras droit, en particulier pas de travaux au-dessus de l'horizontale, ni port de charges supérieures à 10 kilos jusqu'à hauteur de taille, 7,5 kilos jusqu'à hauteur d'épaule et pas plus de 2,5 kilos au-delà. Conformément à l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il résultait de la comparaison entre le revenu d'invalidé (64'356 fr., montant tenant compte d'un abattement de 5 % pour les limitations fonctionnelles), calculé sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), et celui que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé dans sa dernière activité (64'800 fr.), une perte de gain inférieure à 1 % non susceptible d'ouvrir le droit à la rente. La CNA a, en revanche, alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 7'410 fr. (taux de 5 %, sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. en 2018). Cette prestation a été versée le jour même à son bénéficiaire.

A l'appui de son opposition formée le 20 janvier 2020 contre cette décision, l'assuré, désormais assisté par RSM Risques & Sinistres Management Sàrl, demandant l'octroi d'une rente entière d'invalidité LAA

ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité située entre 10 et 25 %, a notamment remis un rapport du 9 janvier 2020 du Dr S.\_\_\_\_\_. Le médecin traitant a rapporté qu'une rupture du tendon du biceps serait survenue lors d'une séance de physiothérapie, à trois mois de l'opération chirurgicale en février 2019.

Dans l'intervalle, en raison de douleurs récurrentes et d'une limitation de l'épaule amplifiée, une arthro-IRM de l'épaule droite a été effectuée le 3 février 2020 par le Dr M.\_\_\_\_\_, radiologue de l'Institut de radiologie à la Clinique [...] de [...]. Dans le rapport du même jour, ce médecin a conclu à la mise en évidence à l'imagerie d'une déchirure transfixiante du tendon du muscle supra-épineux au niveau de la suture chirurgicale avec un passage de produit de contraste au niveau de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, d'une ténodèse du long chef bicipitale, d'un status post-réparation du tendon du sous-scapulaire, sans évidence de re-déchirure, d'une poussée congestive modérée de l'arthropathie acromio-claviculaire ainsi que d'une bonne trophicité sans infiltration graisseuse des différents corps musculaires de la coiffe des rotateurs.

Par courrier électronique envoyé le 11 mars 2020 à la CNA, l'assuré, par son conseil, a requis la reprise du versement des indemnités journalières rétroactives ainsi que l'annulation de la décision rendue le 5 décembre 2019 par l'assurance-accidents. Sur la base du rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite de février 2020, il était d'avis que son état de santé n'était pas encore stabilisé.

Après avoir recueilli un rapport de consultation ambulatoire du 22 septembre 2020 du Service d'orthopédie et traumatologie au CHUV, qu'elle a ensuite soumis, avec le rapport d'arthro-IRM de février 2020, pour avis au médecin d'arrondissement (note médicale établie sur dossier le 28 septembre 2020 par la DreZ.\_\_\_\_\_), la CNA a repris le service de ses prestations d'assurance provisoires (versement des indemnités journalières et prise en charge des frais de traitement) rétroactivement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 ; étant donné les nouveaux éléments médicaux

produits, la situation n'était pas stabilisée sur le plan médical (courrier du 2 octobre 2020 de la CNA).

Le 10 novembre 2020, le Dr F.\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré. Dans son rapport au médecin d'arrondissement de la CNA du 20 novembre 2020, ce spécialiste a en particulier indiqué que, du point de vue thérapeutique, l'intéressé disait toujours bénéficier de séances de physiothérapie. Il pratiquait, de lui-même, une auto-rééducation avec des Thera-Band® à domicile. Ce rapport de consultation se termine comme suit :

"[...] En conclusion, Monsieur A.\_\_\_\_\_ présente des séquelles douloureuses avec une importante perte de force dans les suites d'une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. A presque trois ans du traumatisme, on note peu d'amélioration malgré l'intervention chirurgicale.

Au vu de cette évolution, je pense qu'il n'y a aucune indication chirurgicale à recommander au patient.

Malgré une physiothérapie de longue durée, le patient note peu d'amélioration actuellement. Dans ce contexte, je pense qu'il faut cesser la physiothérapie.

Personnellement, chez ce patient qui me semble motivé, à quelques mois de sa retraite, il est illusoire de vouloir envisager une réadaptation professionnelle.

Vu la longueur de l'évolution, je pense qu'on est en droit de reconnaître que l'évolution ne devra pas être modifiée dans les mois à venir. [...]"

Le 22 janvier 2021, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a procédé au bilan final et a constaté que, sur le plan médical, la situation était stabilisée. Sur la base des derniers rapports recueillis au dossier, de son examen clinique ainsi que des constatations objectives radiologiques, la médecin d'arrondissement de la CNA a confirmé les limitations fonctionnelles et l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré retenues le 26 novembre 2019. Selon la Dre Z.\_\_\_\_\_, la mobilité de l'épaule s'était quelque peu aggravée depuis son examen de la fin novembre 2019. De la comparaison entre le présent examen et celui du Dr F.\_\_\_\_\_, les séquelles présentées par l'assuré au niveau de la mobilité de son épaule droite s'étaient péjorées et justifiaient une appréciation séparée de l'indemnité pour

atteinte à l'intégrité ; le taux d'atteinte à l'intégrité complémentaire a été fixé à 10 %, avec la motivation médicale suivante :

“On peut lire dans la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs (révision 2000, réf. 2870/1.f-2000 des indemnités des atteintes à l'intégrité selon la LAA) qu'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale (90° de flexion) correspond à un taux d'IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] de 15 %.

Sur la base de notre examen où nous retrouvons une flexion à 90°, qui est également présente chez le Dr F. \_\_\_\_\_ puisque le test de Jobe a pu être réalisé, nous retenons donc que les séquelles actuelles sont plus importantes que lors de notre examen de novembre 2019.

L'assuré ayant été mis au bénéfice d'une IPAI de 5 % selon la décision du 05.12.2019, le taux d'IPAI actuel est de 10 % (15 % - 5 %).”

Le 25 janvier 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières avec effet au 28 février 2021, au motif que la poursuite du traitement médical ne pouvait apporter une amélioration significative de l'état de santé de l'assuré. Elle réservait toutefois le droit de celui-ci à d'autres prestations d'assurance.

Après avoir recueilli des éclaircissements complémentaires sur le plan économique (pièces 267 et 269), la CNA a, par décision du 15 mars 2021, refusé l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en l'absence de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. Confirmant les limitations fonctionnelles déjà retenues dans sa précédente décision du 5 décembre 2019, il résultait de la comparaison entre le revenu d'invalidé (66'658 fr.), calculé sur la base des données statistiques de l'ESS, et celui sans invalidité (66'496 fr.), aucune perte de gain pour ouvrir le droit à la rente. En revanche, la CNA a reconnu une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % en faveur de l'assuré, ce qui correspondait à un montant de 22'230 fr. (sous réserve de la somme de 7'410 fr. déjà versée). Le solde de cette prestation d'un montant de 14'820 fr. (22'230 fr. - 7'410 fr.) a été versé le jour même à son bénéficiaire.

Aux termes de son opposition formée le 26 avril 2021 contre cette décision, l'assuré, agissant toujours par son conseil, a demandé le versement d'une rente d'invalidité LAA de 100 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité comprise entre 20 et 25 %.

Par décision sur opposition du 6 juillet 2021, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 15 mars 2021. Elle a modifié le revenu d'invalidité ; elle a retenu comme montant de base 5'417 fr., pour un homme, niveau de compétence 1, pour un horaire de 40 heures hebdomadaire. La moyenne des heures travaillées en Suisse étant de 41,7 heures, cette valeur a été adaptée à 5'647 fr. 22, soit l'équivalent annuel de 67'766 fr. 67. Enfin, après indexation du salaire pour les années 2019 (0.9 %), 2020 (0.8 %) et 2021 (0.5 %) et l'application d'un abattement de 5 %, la CNA est parvenue au revenu annuel d'invalidité de 65'805 francs. En comparaison avec le gain de valide de 65'645 fr., il n'en résultait aucune perte de gain, excluant l'allocation d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à l'assuré. Enfin, si par impossible un abattement de 10 % devait être appliqué sur le gain hypothétique d'invalidité, la CNA a observé, qu'après comparaison avec le gain de valide, il en résulterait une perte de gain de 3'303 fr. 60 correspondant à un taux d'invalidité de 5 % qui ne donnerait également pas droit à une rente d'invalidité en faveur de l'assuré.

**B.** Par acte du 31 août 2021, A. \_\_\_\_\_, représenté par RSM Risques & Sinistres Management Sàrl, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente invalidité LAA totale et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) comprise entre 20 et 25 %, cas échéant à la mise sur pied d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion ou à une expertise médicale. En substance, il fait valoir qu'il s'est vu reconnaître le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité pour les seules séquelles accidentelles, que l'IRM a été réalisée sans produit de contraste, qu'une lésion de Popeye est survenue lors d'une séance de physiothérapie, postérieurement à l'opération chirurgicale, rendant les

avis des Drs X.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, au demeurant fondés sur l'IRM réalisée sans produit de contraste, erronés. Il fait ensuite grief à la CNA de ne pas avoir pris en compte les remarques qu'il a formulées en opposition sur les erreurs et incohérences du rapport de la Dre Z.\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2021. Ce faisant il reproche au médecin d'arrondissement de l'avoir volontairement mis dans la confusion en lien avec sa compréhension de l'échelle des douleurs afin de justifier un manque de collaboration, voire une supercherie, de sa part. Il réfute également s'adonner à la pratique d'exercices quotidiens à la maison avec des altères et l'élastique des deux côtés comme l'a retenu la Dre Z.\_\_\_\_\_, invoquant l'impossibilité d'utiliser son bras droit et de réaliser de tels exercices avec ce membre. Il conteste aussi l'interprétation du médecin d'arrondissement en lien avec son refus de mettre la main droite derrière la tête afin de justifier un manque de collaboration ou une éventuelle supercherie de sa part, expliquant qu'il n'arrive tout simplement pas à effectuer ce geste. Il déplore l'absence de tests de la coiffe des rotateurs réalisés par le médecin d'arrondissement devant le manque de mobilité de son épaule droite et compte tenu du fait que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'a pas retranscrit de mesures des mobilités de flexion/extension, abduction, rotation interne et externe ; il prétend à cet égard que des séquelles douloureuses avec une importante perte de force attestées par le Dr F.\_\_\_\_\_ n'ont pas été retenues par le médecin d'arrondissement. Il lui reproche ensuite de ne pas avoir pris en considération l'aggravation des séquelles au niveau de la mobilité de son épaule droite dans son estimation des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée. Il soutient en outre que, par son argumentaire, la Dre Z.\_\_\_\_\_ tend à le faire passer pour ce qu'il n'est pas, soit un profiteur souhaitant « soustraire une rente invalidité à la Suva ». Il s'en remet pour le surplus aux critiques déjà formulées dans l'opposition du 26 avril 2021. Droitier, il affirme qu'il n'a plus l'usage de son bras droit et ne peut donc plus porter des charges, même dans une activité adaptée. Enfin, étant donné le caractère lacunaire du dossier médical, il reproche au médecin d'arrondissement de ne pas avoir complété son rapport final par un séjour à la CRR, comme le suggérait le Dr X.\_\_\_\_\_ dans un rapport du 24 juin 2019, ou alors par une expertise médicale. Dans un autre moyen, il plaide

que son âge avancé aurait dû être pris en considération. Il déplore également qu'aucune activité adaptée n'ait été listée, concernant le salaire de référence de 66'658 (recte : 65'805) fr. pris en considération, estimant encore que l'âge aurait justifié un abattement de 25 % sur le revenu d'invalidité. Enfin, il fait valoir que, de son point de vue, une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité de 20 à 25 % se justifie en l'espèce.

Par réponse du 12 octobre 2021, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours.

En réplique, le 3 novembre 2021, le recourant a maintenu sa position. Il observe en particulier qu'il lui est impossible de réaliser des exercices avec des haltères et l'élastique à domicile compte tenu de l'état de son épaule, ce qui rend impossible d'accorder de la crédibilité aux conclusions de la Dre Z. \_\_\_\_\_ sur les limitations fonctionnelles retenues dans son rapport final du 22 janvier 2021. Il plaide ensuite que son état dépressif est d'évolution favorable selon le rapport SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 19 juillet 2018, et que la fatigabilité augmentée et la baisse de la capacité d'adaptation sont donc à mettre à la charge des suites de l'accident du 9 (recte : 6) avril 2018, et non dudit état dépressif, relevant encore que le traitement lié à cette dépression est terminé depuis deux ans. Il allègue qu'il est « employé/travailleur » et non pas « cadre supérieur » ou « cadre moyen », estimant dès lors le salaire et l'abattement inadaptés. Enfin, il explique que le fait que le Dr F. \_\_\_\_\_, dans son avis du 27 août 2019, ait relevé que le patient ne voyait pas d'un bon œil une hospitalisation à la CRR n'est que l'avis de ce médecin ; si la CNA était d'avis qu'un séjour devait être organisé à la CRR, elle aurait dû le mettre sur pied, et il aurait accepté de s'y rendre. Avec son écriture, le recourant a produit la déclaration de sinistre LAA du 31 mai 2018 ainsi qu'un document relatif à l'évaluation de l'épaule, émise par la [...] ([...]) [...].

Dans sa duplique du 24 décembre 2021, la CNA a confirmé les conclusions prises à l'appui de son mémoire-réponse du 12 octobre 2021.

Le 29 décembre 2021, le recourant s'est spontanément déterminé sur la duplique de l'intimée, sans apporter d'arguments supplémentaires.

Le 28 février 2022, le recourant a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 9 février 2022 signé par le Dr K. \_\_\_\_\_, chef de clinique, du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, consécutif à une consultation de l'assuré le 11 janvier 2022. Diagnostiquant une réparation arthroscopique du sus-épineux droit et du subscapulaire droit associés à une ténodèse du LCB (long chef du biceps) et acromioplastie le 4 février 2019, et notant que le recourant se plaignait de douleurs le long du biceps et parfois dans l'épaule, avec des sensations de trémulation et de perte de force intermittente, ce médecin spécialiste s'est prononcé sur l'état actuel de l'épaule droite du recourant comme suit :

“Conclusions, traitement et évolution

Nous ne retrouvons pas de signe de complication de l'intervention réalisée, ni de lésion qui justifierait une révision chirurgicale de l'épaule droite du patient. Toutefois, il serait peut-être opportun d'adresser le patient à notre Unité de Médecine physique et réadaptation ou au Centre de la douleur. Nous vous laissons le soin d'organiser cela si nécessaire.

En l'absence d'indication chirurgicale, nous ne prévoyons pas de revoir le patient à notre consultation, mais restons à disposition selon l'évolution.” ;

- un rapport du 10 février 2022 du Dr S. \_\_\_\_\_ rédigé en ces termes :

“Monsieur A. \_\_\_\_\_ est victime d'un accident à l'épaule droite le 6 avril 2018.

Il en ressort une douleur antérieure et une impotence fonctionnelle.

L'arthro-IRM montre une déchirure du tendon du supra-épineux, une désinsertion du sous[-]scapulaire et une tendinopathie du long chef du biceps.

Une intervention est effectuée en 2019 qui consiste en une refixation des tendons sous[-]scapulaires et supra[-]épineux ainsi qu'une bursectomie avec acromioplastie.

Les suites sont caractérisées par une déchirure du long chef du biceps, une trémulation l'obligeant à lâcher des charges inférieures à 1 kg, une sensation de brûlures ainsi que des douleurs antérieures. Ces dernières persistent à ce jour.

L'arthro-IRM de 2020 montre une déchirure transfixiante du tendon de supra épineux au niveau de la suture chirurgicale de 2019, une ténodèse du long chef du biceps et une poussée congestive de l'arthropathie acromio-claviculaire.

La dernière évaluation de la consultation de l'épaule du département de l'appareil locomoteur du CHUV en janvier 2022 écarte une sanction chirurgicale.”;

- une convocation adressée le 11 février 2022 au recourant pour une consultation prévue le 16 mars auprès du Département de l'appareil locomoteur, Médecine du sport, au CHUV.

Selon le recourant, ces éléments attestent de son incapacité à soulever une charge de plus d'un kilo, ceci en totale contradiction avec l'estimation du médecin-conseil de la CNA.

Le 11 mars 2022, l'intimée a d'abord constaté que les documents produits par le recourant le 28 janvier 2022 ont été transmis au tribunal hors délai, soit après le délai imparti au 24 janvier 2022 pour permettre à l'intéressé de se prononcer sur l'écriture de la CNA du 24 décembre 2021. Cela étant, elle est d'avis que les « morceaux choisis par le recourant » n'apportent rien de nouveau et ne modifient pas le bienfondé de sa position. Elle observe que contrairement à ce que soutient le recourant, c'est dans les suites directes de l'intervention de 2019 que celui-ci ne pouvait pas porter de charges supérieures à un kilo. Selon le rapport du 9 février 2022 du CHUV, seules des douleurs persistent à ce jour. Dans ce contexte, le Dr K. \_\_\_\_\_ a confirmé l'absence de signe de complication de l'intervention réalisée, ou de lésion susceptibles de justifier une révision chirurgicale de l'épaule droite du recourant. Se référant pour le surplus à ses précédentes écritures, la CNA s'estime fondée à mettre fin au versement des prestations avec effet au 28 février 2021.

## **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.**           Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi que sur l'étendue de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**3.**           **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21

février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

**4. a)** 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).

**b)** Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, 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 bienfondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**5. a)** En ce qui concerne le droit à la rente d'invalidité LAA, le recourant conteste le point de vue de l'intimée, en tant que celle-ci se base sur l'évaluation médicale de la Dre Z.\_\_\_\_\_, selon laquelle la capacité de travail est totale dans une activité adaptée au handicap physique de l'intéressé.

**b)** Contrairement aux critiques formulées, il convient de constater que l'état de santé du recourant est désormais stabilisé. Le cas a valablement été instruit. La CNA ne s'est en effet pas limitée à un avis sur dossier, mais a soumis l'assuré à plusieurs examens par la médecin d'arrondissement, ainsi que par le Dr F.\_\_\_\_\_. Les constatations médicales de la Dre Z.\_\_\_\_\_ ne sont au demeurant pas remises en question. A l'occasion du bilan final du 22 janvier 2021, l'assuré annonce une situation qui s'est empirée depuis le précédent examen par la médecin d'arrondissement en novembre 2019. Alors qu'il déclare une fine douleur au niveau de son épaule droite (à 6-7 sur 10), il soutient que les douleurs augmentent sans facteur déclencheur, avec la précision que cela est surtout le cas lorsqu'il effectue un mouvement brusque, quantifiant la douleur alors à 5-6 ou 7 sur 10. Il indique ne pas comprendre l'échelle des douleurs malgré plusieurs explications alors qu'il la comprenait très bien en novembre 2019. Il quantifie les douleurs fines présentées durant la journée à 1-2 sur 10, témoignant qu'il comprend tout de même l'échelle. Il ajoute que c'est la nuit qu'il a des douleurs, doit se lever et faire quelques exercices puis se recoucher sur le côté gauche et que les douleurs se calment progressivement. Ces douleurs augmenteraient aussi avec les changements de temps. Quant aux séances de physiothérapie, il déclare en effectuer à raison d'une fois par semaine. Il pratique également des exercices quotidiens à domicile, avec des haltères et l'élastique des deux côtés, tout en déclarant également ne rien faire avec son bras droit. Sur le plan antalgique, l'assuré prend en moyenne trois à quatre fois du Dafalgan® 1g par semaine, seulement en cas de douleurs.

A l'examen clinique, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a fait les constatations suivantes (rapport de bilan final du 22 janvier 2021, p. 4) :

“Assuré en bon état général apparent, pesant 83 kg, pour 1m60, soit un BMI [Body Mass Index] à 32.4 kg/m<sup>2</sup>.

Les épaules sont à même hauteur. Il n’y a pas d’amyotrophie manifeste de la ceinture scapulaire ni des bras.

Au niveau de l’épaule D, il n’y a pas de rougeur, pas de tuméfaction, pas de différence de chaleur.

L’assuré présente des douleurs à la palpation de l’épaule D au niveau sous-acromial et au niveau de la gouttière bicipitale. Il présente également une douleur au niveau du muscle trapèze, du muscle pectoral et au niveau du biceps.

#### Mobilité active des épaules

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
Flexion/extension	90-0-12°	154-0-46°
Abduction	50°	167°
Rotation externe coude au corps		0° 28°
Main derrière la tête	l’assuré dit qu’il ne peut pas mais n’essaye même pas	
Distance pouce/C7	65 cm	18 cm

Devant le manque de mobilité de cette épaule et le manque de participation de l’assuré, nous renonçons à faire les tests de la coiffe des rotateurs.

#### Mobilité active des coudes

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
Flexion/extension	92-0-0°	140-0-0°
Pronation/supination	90/90°	90/90°

#### Diamètre des MS [membres supérieurs]

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
À 10 cm proximale au-dessus de la pointe de l’olécrâne	29.5cm	30.5cm
À 10 cm distale en-dessous de la pointe de l’olécrâne	26.5cm	27.0cm

#### Examen dynamométrique

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
Jamar®	24/29/20 kg	38/35/32 kg
3 mesures répétées et en force		28 kg 40 kg”

Au vu de ces éléments ainsi que la lecture des résultats de l’arthro-IRM de l’épaule droite du 3 février 2020, la médecin d’arrondissement de la CNA retient que, sur le plan médical, la situation est stabilisée. Elle observe que, comme l’ont retenu le Dr F. \_\_\_\_\_ ainsi que le Prof. I. \_\_\_\_\_, bien que le tendon du sus-épineux soit remanié, il est en continuité avec une fissuration tendineuse mais sans rupture

transfixiante ; il n'y a actuellement aucun traitement chirurgical ou médical susceptible d'améliorer de manière notable l'état de santé du recourant, comme l'a également retenu le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 novembre 2020. Sur la base de son examen clinique et des constatations objectives radiologiques, la Dre Z.\_\_\_\_\_ retient les limitations fonctionnelles suivantes : « pas d'activités répétées ou prolongées avec le MSD [membre supérieur droit], pas d'activités répétées et/ou prolongées au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges répété ou prolongé supérieures à 10 kg du sol à la taille, supérieures à 7,5 kg de la taille aux épaules et supérieures à 2.5 kg au-dessus des épaules ». Si l'activité de menuisier, de même que toutes activités manuelles, ne sont plus exigibles, en revanche l'exercice d'une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles listées demeure exigible à 100 %, sans diminution de rendement, de la part de l'assuré. Au terme de l'examen, la médecin d'arrondissement explique à l'intéressé que son souhait de continuer à travailler comme menuisier, même au-delà de l'âge de la retraite, tout comme son âge ne sont pas des critères dont il convient de tenir compte dans le cadre de l'estimation du cas ; en effet, seuls les constatations médicales objectives doivent être retenues.

**c)** Rien au dossier ne permet de remettre en cause ce point de vue, lequel tient compte de l'ensemble des éléments médicaux, en particulier des constatations radiologiques récentes, comme on le verra ci-après.

Il convient d'observer tout d'abord qu'il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle compte tenu de ses limitations fonctionnelles liées au handicap physique de son épaule droite.

C'est ensuite le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise : ATF 133 V 549 consid. 6).

Il ressort à cet égard des pièces du dossier que la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée au début avril 2018 a été motivée par des troubles à la santé psychique (en l'occurrence, burn-out et dépression depuis 2014). Sous le bordereau de pièces joint à son mémoire de recours du 31 août 2021 (cf. « Annexe 05 »), le recourant a produit en particulier la copie d'un avis médical du 18 juillet 2019 signé par le Dr L. \_\_\_\_\_, du SMR, établi en lien avec sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. On extrait notamment ce qui suit de cette pièce médicale :

“Assuré de 62 ans, menuisier de formation, exerçant cette activité en tant qu'indépendant, qui dépose une demande en raison d'une dépression, réactionnelle à des difficultés personnelles, caractérisée de sévère dans un premier temps par le Dr [...], psychiatre traitant depuis septembre 2017. Ce dernier annonce une hospitalisation en centre de jour en octobre 2017 puis une évolution favorable avec reprise en avril 2018. Le 09.04.18, l'assuré est victime d'un accident professionnel touchant l'épaule droite (chez un droitier) avec lésion de la coiffe des rotateurs. Le suivi est en cours à la Suva. Après investigation, il bénéficie d'une intervention chirurgicale par le Dr X. \_\_\_\_\_ le 04.02.19. En mai 2019, le médecin traitant annonce une évolution favorable mais une IT [incapacité de travail] totale toujours en cours. La psychiatre rapporte une évolution fluctuante, le traitement spécialisé suit son cours. L'assuré présente comme comorbidité une hypertension, un diabète non insulino-dépendant, un syndrome d'apnée du sommeil et des lombalgies chroniques.

Conclusion : L'IT est justifiée depuis septembre 2017 par l'atteinte dépressive dans un premier temps puis par l'atteinte de l'épaule droite (avril 2018). Au vu des caractéristiques de l'activité habituelle de menuisier et de la nature de l'atteinte de l'épaule, nous pouvons retenir que cette activité n'est plus exigible de manière durable. Actuellement, l'assuré présente des limitations somatiques et psychiques, et l'IT totale est en cours.

Il n'est pas impossible que l'assuré récupère une CT [capacité de travail] au moins partielle dans une activité adaptée à moyen terme. Néanmoins, l'état de santé général ne semble pas pouvoir laisser envisager cela dans le courant de ces prochains mois. Dans le contexte d'un assuré exerçant une activité d'indépendant et âgé de bientôt 63 ans, nous validons les éléments ci-dessous et restons à disposition dans le cas où vous souhaiteriez poursuivre l'instruction. [...]”

Contrairement à ce qu'allègue le recourant, la décision de l'OAI ne se base pas uniquement sur les séquelles accidentelles de l'épaule droite, mais bien sur l'état de santé global, physique et psychique, et tient compte également de la proximité de la retraite. Il s'en suit que l'évaluation effectuée par le médecin-conseil de l'OAI ne peut donc pas

être retenue pour le présent examen de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents du recourant, quoi qu'en dise ce dernier.

S'agissant de la « déchirure » qu'aurait subie le recourant durant une séance de physiothérapie, cette affection a été annoncée déjà lors d'un entretien avec un case manager de la CNA à son domicile, le 20 juin 2019. En d'autres termes, lorsque la Dre Z.\_\_\_\_\_ l'a examiné, au demeurant à plusieurs reprises, elle a donc bien vu l'assuré après la « déchirure » alléguée (cf. rapport d'examen du 30 juillet 2019 de la médecin d'arrondissement de la CNA, p. 3) ; le Dr F.\_\_\_\_\_ a au demeurant confirmé le 22 octobre 2019 l'appréciation du Prof. N.\_\_\_\_\_ à savoir qu'il n'y a pas de signes de re-rupture post-opératoire.

Dans ses critiques, le recourant reproche à la Dre Z.\_\_\_\_\_ d'avoir notamment retenu qu'il pratiquait des exercices avec des haltères et l'élastique à domicile des deux côtés, ce qui serait erroné ; cette déclaration ressort toutefois également du rapport du 20 novembre 2020 du Dr F.\_\_\_\_\_, où il est écrit qu'« il pratique, de lui-même, une auto-rééducation avec des TheraBand à domicile ». On voit dès lors mal qu'il puisse être fait grief à la médecin d'arrondissement de la CNA d'avoir retenu cette pratique. Pour le surplus, on ne comprend pas pour quels motifs la Dre Z.\_\_\_\_\_ aurait, à suivre l'assuré, inventé les exercices décrits. De même, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a exposé de façon claire ce qu'il en était des échelles des douleurs, sans faire état d'une « supercherie ». Elle s'est au contraire limitée à rapporter les propos de l'intéressé. Il en va de même pour ce qui est des circonstances de la Dre Z.\_\_\_\_\_, qui a renoncé à faire les tests de la coiffe des rotateurs ; elle a toutefois noté que, selon le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2020, à l'examen de la coiffe des rotateurs, ce médecin retrouve des signes compatibles avec une rupture de la coiffe des rotateurs avec un Jobe positif, un Patte douloureux, une Lift-off qui est toujours difficile à tester ainsi qu'un manque de force en rotation interne et externe. Dans ces conditions, la Dre Z.\_\_\_\_\_ retient que l'assuré présentait une abduction minimale de 90° dès lors que le Dr F.\_\_\_\_\_ a pu réaliser un test de Jobe et que ceux en rotation interne et externe étaient bien meilleurs, même s'il manquait

un peu de force. La Dre Z.\_\_\_\_\_ s'est en outre précisément prononcée sur la perte de force, en relevant qu'au dynamomètre de Jamar, la force est diminuée d'environ 30 % chez l'assuré droitier (cf. rapport de bilan final du 22 janvier 2021, p. 11).

Quant à l'argument de l'absence de produit de contraste, il ressort au contraire du rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 3 février 2020 un « passage de produit de contraste » (injection par abord postérieur sous contrôle fluoroscopique d'un mélange de 20 ml de produit de contraste). La Dre Z.\_\_\_\_\_ a bien tenu compte des résultats de cette imagerie dans son appréciation du 22 janvier 2021 (cf. rapport de bilan final du 22 janvier 2021, pp. 7 et 11). Dans ces conditions, l'IRM du 17 septembre 2019 dont parle le recourant n'influençait de toute façon pas l'appréciation finale de la CNA, celle-ci tenant bien compte de l'arthro-IRM du 3 février 2020 de sorte que les arguments selon lesquels une IRM aurait été effectuée sans ledit produit sont sans portée.

S'agissant des limitations fonctionnelles, elles ont été fixées sur la base de la dernière appréciation de la Dre Z.\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2021. Compte tenu des examens effectués dans ce cadre, et de la prise de connaissance de l'ensemble des pièces du dossier, la médecin d'arrondissement de la CNA n'avait pas lieu de s'adresser au Dr F.\_\_\_\_\_ ; de plus, aucun élément du dossier ne permet de considérer que les limitations fonctionnelles retenues par la Dre Z.\_\_\_\_\_ ne tiendraient pas suffisamment compte des restrictions de l'assuré au niveau de son épaule droite.

Enfin, s'agissant des éléments versés en cause par le recourant, le rapport du 9 février 2022 du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV atteste de la persistance de douleurs le long du biceps et parfois dans l'épaule, avec des sensations de trémulation et de perte de force intermittente. Le Dr K.\_\_\_\_\_ note l'absence de signe de complication de l'intervention réalisée au début 2019 ainsi que de lésion qui justifierait une révision chirurgicale. A la rigueur, cet orthopédiste suggère au médecin traitant d'adresser l'assuré à l'Unité de Médecine

physique et réadaptation ou au Centre de la douleur. Il n'y a dès lors pas d'éléments susceptibles de remettre en cause le point de vue de la CNA.

Le 10 février 2022, le Dr S.\_\_\_\_\_ rapporte une douleur antérieure et une impotence fonctionnelle persistante depuis l'accident. Il observe que les suites de l'intervention effectuée en 2019 sont caractérisées par une déchirure du long chef du biceps, une trémulation obligeant son patient à lâcher des charges inférieures à un kilo, avec une sensation de brûlures ainsi que des douleurs antérieures persistantes. Il observe que l'arthro-IRM de 2020 montre une déchirure transfixiante du tendon supra-épineux au niveau de la suture chirurgicale de 2019, une ténodèse du long chef du biceps et une poussée congestive de l'arthropathie acromio-claviculaire. Finalement, le médecin traitant s'aligne sur l'évaluation du Dr K.\_\_\_\_\_, écartant une sanction chirurgicale. Le Dr S.\_\_\_\_\_ dont l'avis est d'emblée soumis à réserve dans la mesure où il y a lieu de tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui lient le médecin traitant à son patient le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique (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) ne fait en définitive que reprendre l'estimation du CHUV, soit l'absence d'une nouvelle intervention chirurgicale à l'épaule droite du recourant. Par ailleurs, comme l'observe à juste titre l'intimée dans ses déterminations du 11 mars 2022, contrairement à ce que soutient le recourant c'est bien dans les suites directes de l'opération de 2019 qu'il ne pouvait pas porter de charges supérieures à un kilo. Ainsi que cela ressort du rapport du 9 février 2022 du Dr K.\_\_\_\_\_, seules persistent encore des douleurs le long du biceps et parfois dans l'épaule, avec des sensations de trémulation et de perte de force intermittente. Là encore, on ne voit pas d'éléments permettant de se distancier de la position de la CNA, respectivement son médecin-conseil.

**d)** A l'aune de ce qui précède, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a tenu compte de la situation concrète du recourant et, en présence d'un état de santé stabilisé sur le plan médical, en l'absence de traitement chirurgical ou

médical susceptible d'améliorer de manière notable l'état de l'épaule droite, elle a pu fixer les limitations fonctionnelles définitives, ceci sur la base de documents médicaux complets qui sont le reflet de l'état de santé actuel de ce membre. L'avis médical final du 22 janvier 2021 de la médecin d'arrondissement de l'intimée est donc bien motivé et corroboré par les autres éléments médicaux du dossier ; en l'absence d'indice concret permettant de remettre en cause ce point de vue, cet avis a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 4 supra).

**6. a)** Le recourant conteste ensuite le calcul de son degré d'invalidité, et plus spécifiquement l'abattement de 5 % opéré sur le revenu d'invalidé, se prévalant de son âge, estimant dès lors qu'un abattement de 25 % aurait dû être retenu. Il déplore également dans ce cadre que la CNA n'ait pas précisé à quelle activité adaptée correspond le salaire de référence de 65'805 fr. qu'elle a pris en considération.

**b) aa)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

**bb)** *In casu*, l'affection du recourant à son épaule droite consécutive à l'accident s'est progressivement améliorée jusqu'à sa

stabilisation au plus tard lors du bilan final du 22 janvier 2021 de la Dre Z. \_\_\_\_\_ (cf. consid. 5 supra). Aussi, il convient de retenir comme année de référence pour procéder à la comparaison de revenus l'année 2021.

**c) aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**bb)** En l'occurrence, l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu sans invalidité sur les indications de l'employeur, ce qui n'est pas critiqué par le recourant. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter du montant de 65'645 fr. retenu dans la décision sur opposition attaquée.

**d) aa)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée.

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1, à la ligne "total secteur privé" ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1\_skill\_level et non pas le tableau TA1\_b (ATF 142 V 178 ; TF

8C\_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**bb)** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

**cc)** L'âge avancé d'un assuré comme facteur prépondérant à son empêchement de maintenir sa capacité de gain n'est pas pris en considération de la même manière en assurance-invalidité qu'en assurance-accidents, dans laquelle l'art. 28 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) commande de faire abstraction du facteur de l'âge pour les deux termes de la comparaison des revenus (cf. ATF 122 V 418 consid. 3b). D'après l'art. 28 al. 4 OLAA, si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition réglementaire, qui vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse, est conforme à la loi (ATF 122 V 426 ; 113 V 132 consid. 4b). Selon la jurisprudence, la notion d'âge moyen

au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe autour de 42 ans ou entre 40 et 45 ans; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b, 426 consid. 2).

Selon la jurisprudence, pour que le revenu d'invalidé soit fixé en fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles, il faut que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain (ATF 122 V 418 consid. 3b ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c). Par ailleurs, l'art. 28 al. 4 OLAA ne vise pas seulement l'éventualité dans laquelle l'âge avancé est la cause essentielle de la limitation de la capacité de travail mais il concerne également la situation où il est la cause essentielle de l'empêchement d'exercer une activité professionnelle qui aurait permis de maintenir la capacité de gain (RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c; arrêt U 538/06 du 30 janvier 2007 consid. 3.2).

**dd)** En l'occurrence, l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu d'invalidé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit un montant mensuel de 5'417 francs. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, ce revenu doit dès lors être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2021, soit 41,7 heures. Après adaptation à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2019 (+ 0,9 %), 2020 (+ 0,8 %) et 2021 (+ 0,5 %), le revenu annuel brut s'élève, en application d'un abattement de 5 % pour les limitations fonctionnelles, à 65'805 francs.

Le recourant déplore qu'aucune activité adaptée n'ait été listée, concernant le salaire de référence de 65'805 fr. pris en considération. Ce faisant, l'intéressé perd de vue que l'intimée s'est référée aux salaires statistiques ressortant de l'ESS, et non à des

descriptifs de postes de travail (DPT) ; la CNA n'était pas tenue d'établir la liste des activités adaptées à l'état de santé. De plus, eu égard aux nombreuses possibilités offertes par le marché du travail, on ne voit pas que les limitations fonctionnelles du recourant (pour rappel : « pas d'activités répétées ou prolongées avec le MSD [membre supérieur droit], pas d'activités répétées et/ou prolongées au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges répété ou prolongé supérieures à 10 kg du sol à la taille, supérieures à 7,5 kg de la taille aux épaules et supérieures à 2.5 kg au-dessus des épaules ») empêchent l'exercice d'une activité légère dans le secteur de l'industrie. Quant à l'argument, soulevé en réplique, selon lequel le recourant était « employé/travailleur » et non pas « cadre supérieur » ou « cadre moyen », estimant dès lors le salaire et l'abattement pas adaptés, on peine à le suivre, dès lors que s'agissant d'une comparaison des revenus sans et avec invalidité, son intérêt réside dans le fait qu'un revenu sans invalidité le plus élevé possible soit retenu, respectivement un revenu avec invalidité aussi faible que possible. Quoiqu'il en soit, l'assuré a déclaré au case manager lors de l'entretien à son domicile du 11 mars 2019 qu'il était « chef de chantier auprès de la société V.\_\_\_\_\_ SA. Dans le cadre de cette activité, il organisait les travaux à effectuer avec les différents corps de métier présent[s] sur place. Il œuvrait également comme menuisier. La société s'occupe de rénovation de restaurant surtout et de bâtiments parfois. Ils exécutent donc tous les travaux nécessaires [menuiserie, maçonnerie, carrelage, sanitaire, nettoyage, etc...]. La société a des employés spécialisés dans chaque domaine ».

En ce qui concerne la question de l'étendue de l'abattement sur le salaire statistique, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux de 5 % retenu par l'intimée.

En outre, le facteur de l'âge de l'assuré s'avère pertinent puisqu'il s'agit manifestement d'un âge avancé au sens de la jurisprudence (ATF 122 V 418 consid. 1b ; 426 consid. 2 ; TF 8C\_37/2017 du 15 septembre 2017 consid. 6), soit 64 ans, le 22 janvier 2021, au moment déterminant de l'ouverture du droit à la rente correspondant à la

stabilisation de l'état de santé (art. 19 al. 1 LAA). La jurisprudence retient qu'il peut être tenu compte de ce critère en ce sens que l'effet de l'âge, combiné avec un handicap, doit faire l'objet d'une analyse dans le cas concrètement soulevé, singulièrement en procédant à l'examen de la persistance ou non d'une capacité d'adaptation sur le plan professionnel, susceptible de compenser les désavantages compétitifs induits par l'âge, au regard de l'ensemble des facteurs que l'on prend en considération sur le marché équilibré du travail (TF 8C\_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 3.3 ; TF 8C\_766/2017 et 8C\_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6). Dans le cas présent, et malgré l'âge du recourant, il y a lieu de retenir que ce dernier a suivi un apprentissage de menuisier, de 1971 à 1975, puis a obtenu un diplôme de dessinateur en bâtiment, après une formation de 1977 à 1979. De 2012 à 2014, il a travaillé comme menuisier salarié, pour le compte de J. \_\_\_\_\_ Sàrl. Il a ensuite œuvré en qualité de menuisier indépendant (cf. formulaire de demande de prestations de l'assurance-invalidité du 4 avril 2018). Lorsqu'il a été victime des accidents ici en cause, au printemps 2018, il était engagé à plein temps par V. \_\_\_\_\_ SA, en tant que conducteur de travaux, depuis le 15 février 2018. Il ressort ainsi du dossier que l'expérience professionnelle du recourant ne se limite pas à celle de menuisier. Cela étant, il sied d'admettre que ce dernier dispose d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible, le cas échéant, de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge, surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (ATF 146 V 16 consid. 7.2.1 ; TF 8C\_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 et la référence citée). Il s'ensuit que la Cour de céans n'a pas de motif pertinent pour substituer son appréciation à celle de la CNA. Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire de décider si l'âge du recourant constitue un critère susceptible de justifier un abattement sur le salaire statistique dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire compte tenu de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA, question laissée ouverte par le Tribunal fédéral dans plusieurs arrêts récents (TF 8C\_597/2020 du 16 juin 2021 consid. 5.2.5). Il convient en conséquence, dans une approche globale du cas, de ne pas prendre en considération

l'âge avancé du recourant comme facteur d'abattement supplémentaire. Il reste que l'abattement de 5 % opéré par l'intimée, même si celui-ci est faible, tient compte des effets que l'atteinte à la santé peut jouer concrètement sur les perspectives salariales du recourant dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Il n'y a pas lieu de tenir compte d'autres facteurs en l'espèce qui pourraient lui porter préjudice sur le plan salarial. Même dans l'éventualité où un abattement de 10 % avait été opéré, il n'en résulterait, après comparaison avec le gain d'invalidé, qu'une perte de gain de 3'303 fr. 60, correspondant à un taux d'invalidité de 5 % ( $[3'303 \text{ fr. } 60 / 65'805 \text{ fr.}] \times 100$ ), qui, selon l'art. 18 al. 1 LAA, n'ouvre également pas le droit à une rente d'invalidité en faveur du recourant.

Pour le surplus, dans les cas où, comme en l'espèce, l'activité habituelle n'est plus exigible, l'assureur-accidents procède à la comparaison des revenus, afin de déterminer s'il existe un préjudice économique susceptible d'ouvrir le droit à la rente. Le fait que le 26 novembre 2019, le case manager de la CNA ait évoqué le « calcul du droit aux prestations de longue durée » ne permet nullement de retenir qu'un tel droit aurait été acquis, mais uniquement que la CNA serait amenée à examiner, à la stabilisation de la situation, le droit à une rente éventuelle. Une telle formulation est commune et courante, et ne permet pas de retenir de la part de l'intimée le droit à des prestations futures sous forme de rente.

**7. a)** Le recourant reproche ensuite également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit. Il s'en prend au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, arrêté par la CNA à 5 % et 10 % d'indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire, soit 15 % au total, estimant que celle-ci devrait être de 20 à 25 %.

**b)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique,

mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**c)** En l'occurrence, l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fondée sur des constats médicaux motivés. Ainsi, la Dre Z.\_\_\_\_\_, dans son appréciation médicale du 22 janvier 2021, constate les éléments suivants :

“Scapulalgies D [droites] séquellaires d'un lâchage de la ténodèse et dans les suites d'une arthroscopie de l'épaule D avec ténodèse puis ténotomie du long chef du biceps, capsulotomie postéro-inférieure, acromioplastie latérale, bursoscopie et bursectomie, prélèvement de moelle osseuse à la tête humérale D avec injection de Concemo (cellules souches) en regard de la déchirure de la coiffe et capsulotomie au niveau de l'intervalle des rotateurs avec section du ligament coraco-huméral, refixation du tendon sous-scapulaire et du supra-épineux dans le cadre d'une arthroscopie réalisée le 04.02.2019.

Lésion de la coiffe des rotateurs antéro-supérieure de l'épaule D (tendon du supra-épineux et du sous-scapulaire) avec instabilité du long chef du biceps, capsulite rétractile suite à l'événement du 06.04.2018.”

En ce qui concerne le taux de l'atteinte à l'intégrité, la Dre Z. \_\_\_\_\_ rappelle que, selon la table 1 des atteintes à l'intégrité selon la LAA, une épaule mobile jusqu'à l'horizontale (90° de flexion) correspond à un taux de 15 %. Elle observe qu'à l'examen clinique il est retrouvé une flexion de 90°, également présente chez le Dr F. \_\_\_\_\_ puisque le test de Jobe a pu être réalisé, donc que les séquelles actuelles sont plus importantes que lors de l'examen de novembre 2019. L'assuré ayant déjà été mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % selon la décision du 5 décembre 2019 (ce taux correspondait à une périarthrite scapulo-humérale légère à moyenne, équivalente, par analogie, à une omarthrose débutante à moyenne ; cf. estimation de l'atteinte à l'intégrité du 26 novembre 2019), la Dre Z. \_\_\_\_\_ retient une indemnité complémentaire de 10 % (15 % - 5 %). Par décision du 15 mars 2021, la CNA a versé ce complément, portant le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée à 15 % au total. Le recourant s'est donc vu verser le 5 décembre 2019 une première indemnité de 7'410 fr. (taux de 5 %, sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. en 2018), puis la CNA a versé la somme complémentaire de 14'820 fr. (taux de 10 % sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. en 2018) à son bénéficiaire le 15 mars 2021, compte tenu d'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. Dans ses écritures, le recourant n'expose au demeurant pas pour quels motifs la position de l'intimée serait erronée, se limitant finalement à soutenir qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 à 25 % serait à ses yeux justifiée.

**d)** Aussi, y'a-t-il lieu de constater en définitive que l'intimée, en allouant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, à savoir 5 % plus un complément de 10 % en raison de séquelles actuelles qui sont plus importantes que lors de l'examen de novembre 2019, a indemnisé de façon correcte le recourant pour l'atteinte à son épaule droite.

**8.** Finalement, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires - en particulier les requêtes tendant à la mise sur pied d'un séjour à la CRR de la CNA à Sion ou d'une expertise médicale - ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et

qu'il peut ainsi y être renoncé (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**9. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 6 juillet 2021 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 :

Le greffier :

**Du**

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

- RSM Risques & Sinistres Management Sàrl (pour A. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :