

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 avril 2014

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mmes Thalmann et Dormond Béguelin, assesseure  
Greffière     :       Mme     Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à  
Lausanne,

et

**P.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 29 al. 2 Cst, 4 LPGA, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1, 25 al. 1 LAA,  
annexe 3 OLAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1965, était employé en qualité d'ouvrier pour le compte d'A. \_\_\_\_\_ (ci-après : A. \_\_\_\_\_). A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration de sinistre du 6 février 2009 complétée par A. \_\_\_\_\_, alors que l'assuré faisait de la luge le 1<sup>er</sup> février 2009 sur les pistes de ski de [...], il est tombé sur l'épaule gauche lorsque sa luge s'est renversée. L'assuré a ensuite travaillé jusqu'au 4 février 2009, puis a été en incapacité de travail du 5 au 16 février 2009 et ne présentait plus d'incapacité de travail dès cette date (certificat médical du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale du 5 février 2009 et feuille d'accident LAA du 27 février 2009 complétée par le même médecin).

Dans un rapport médical du 9 mars 2009 à la CNA, le Dr O. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de contusion de l'épaule gauche avec possible lésion du muscle sus-épineux. Les radiographies effectuées ne montraient pas de lésion osseuse ou articulaire. Le Dr O. \_\_\_\_\_ indiquait que son patient était totalement incapable de travailler à compter du 5 février 2009 et qu'une reprise du travail n'était pas possible pour le moment. Il l'avait adressé au Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

**b)** Dans le cadre de la coordination entre l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a transmis à la CNA une demande de prestations AI que l'assuré a déposée le 18 octobre 2010, tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle; l'assuré y mentionnait une atteinte à l'épaule gauche depuis le 1<sup>er</sup> février 2009, due à un accident (chute sur la neige). Le 6 septembre 2011, la CNA a demandé à

l'OAI la production du dossier AI de l'assuré dans lequel figurent les pièces ci-après (let. b).

Dans un rapport de consultation du 23 juin 2010, transmis à l'OAI le 9 novembre 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de conflit sous-acromial sur déchirure partielle du tendon du sus-épineux avec possible luxation ou subluxation de l'épaule gauche. Ce médecin a relevé que l'assuré avait reçu un choc direct à l'épaule gauche avec douleur immédiate lors de l'accident du 1<sup>er</sup> février 2009, mais n'avait consulté son médecin généraliste que quatre semaines plus tard car les douleurs avaient persisté. Il avait été examiné par le Dr M.\_\_\_\_\_ en mars 2009. De la physiothérapie et des infiltrations avaient été réalisées, la dernière en septembre 2009.

Un rapport du 14 juillet 2010 d'arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche de l'assuré (adressé au Dr K.\_\_\_\_\_ par la Dresse [...], spécialiste en radiologie) montre une déchirure de la région insertionnelle de son tendon sus-épineux, subtotale, sans rétractation du tendon par la présence de quelques fibres bursales continues, ainsi qu'une tendinopathie des tendons sous-scapulaires et du long chef du biceps.

Il ressort d'un questionnaire pour l'employeur complété par A.\_\_\_\_\_ le 11 novembre 2010 que l'assuré a travaillé pour cette entreprise comme serrurier, les rapports de travail s'étant terminés le 16 avril 2009. Selon un questionnaire pour l'employeur complété par D.\_\_\_\_\_ le 4 novembre 2010, l'assuré a travaillé pour cette entreprise du 10 août 2009 au 20 octobre 2009 comme cariste.

Dans un rapport médical du 8 novembre 2010 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites dans le contexte de discopathies étagées et rétrécissement foraminal C5-C6 droit ainsi que de

tendinopathie du sus-épineux avec rupture du sous-scapulaire droit [recte : gauche]. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes dans le cadre d'une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré : pas de travail au-dessus de l'horizontal (pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, pas de travail sur une échelle ou un échafaudage), port de charge fortement restreint (limité à 5 kg) surtout au-dessus de l'horizontal et pas de limitations en position assise.

Dans un rapport médical du 9 décembre 2010 à l'OAI, le Dr O. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche et une rupture transfixiante du sous-scapulaire gauche depuis le 1<sup>er</sup> février 2009. Il a également retenu, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, des cervico-brachialgies à droite sur troubles dégénératifs rachidien cervicaux modérés existant depuis le mois de septembre 2010. A titre de limitations fonctionnelles, il a mentionné une impossibilité d'effectuer des travaux en force avec le bras gauche les bras en porte-à-faux, pas de travail à genoux, ne pas soulever de charge loin du corps, limite de port de charge de 20 kg près du corps.

Dans un rapport d'examen du 2 mars 2011, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a posé les diagnostics de cervico-brachialgies à droite sur discopathies étagées et rétrécissement foraminaux C5-C6 à droite ainsi que de tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche. Dans son activité habituelle, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 1<sup>er</sup> août 2010; elle était de 100% dans une activité adaptée à son état de santé (soit une activité sans travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, sans travail à genoux, ni port de charges loin du corps, sans travail sur échelles, ni port régulier de charges de plus de 5 kg), depuis le mois d'août 2010. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a en outre relevé que depuis le mois d'août 2010, les atteintes cervicales et de l'épaule étaient suffisamment bien démontrées pour admettre l'existence de limitations fonctionnelles incompatibles avec l'activité d'aide-serrurier et de toute autre activité physique lourde sollicitant l'épaule gauche et la région

cervicale. Par contre, l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pouvait raisonnablement être admise, ce qui était d'ailleurs confirmé par le fait que l'assuré était inscrit au chômage depuis le mois de novembre 2009. Ainsi, au terme du délai de carence, en avril 2011, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être retenue.

**c)** Lors d'un entretien téléphonique du 22 mars 2011 entre la CNA et l'assuré, celui-ci a informé celle-là qu'il aurait épuisé ses droits à l'indemnité de chômage à la fin mars 2011. Il lui demandait dès lors la prise en charge de son incapacité de travail actuelle ainsi que la reprise du traitement médical, en indiquant souffrir de son épaule. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a établi un certificat médical attestant d'une incapacité de travail complète de l'assuré à compter du 7 mars 2011. Le 28 mars 2011, la Caisse cantonale de chômage (ci-après : CCh) a adressé à la CNA une déclaration de sinistre, en faisant état d'une rechute de l'évènement du 1<sup>er</sup> février 2009, avec la précision que l'assuré était incapable de travailler depuis le 7 mars 2011. La CNA a alloué à l'assuré des indemnités journalières pour un montant de 144 fr. 25 par jour, à compter du 7 mars 2011 (cf. le décompte du 22 août 2012).

Par certificat médical du 11 avril 2011, le Dr O. \_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré possédait une capacité de travail complète dans un travail adapté, épargnant son bras gauche.

Le 15 avril 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_ a expliqué, dans un rapport médical faisant suite à une consultation de l'assuré du 6 avril 2011, que celui-ci n'avait pas eu de problèmes avec ses épaules jusqu'à la chute dans la neige le 1<sup>er</sup> février 2009. La physiothérapie et les infiltrations réalisées en 2009 n'avaient permis qu'une amélioration incomplète. Actuellement, l'assuré ne présentait pas de douleurs au repos, mais des douleurs matinales avec sensation de lourdeur. Les radiographies du 31 mai 2010 montraient qu'il n'y avait pas de lésion osseuse et l'arthro-IRM du 14 juillet 2010 montrait une déchirure du sus-épineux au niveau de son insertion, sans rétractation; il y avait également une tendinopathie du

sous-scapulaire et du long chef du biceps, ainsi qu'une possible lésion inverse Bankart et Hill Sachs. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a encore expliqué que la situation était inchangée, voire légèrement aggravée. L'assuré était toujours gêné dans les activités quotidiennes comme l'habillement et la toilette, les mouvements en hauteur et ceux contre résistance. Une intervention chirurgicale était envisageable, le patient le recontacterait à ce sujet; le médecin précisait toutefois qu'une telle intervention ne permettrait vraisemblablement pas au patient de retrouver un état normal de l'épaule gauche qui resterait fragile surtout pour les mouvements en hauteur.

Dans son rapport du 20 avril 2011 relatif à un entretien avec l'assuré à son domicile, la CNA a écrit ce qui suit :

"(...)

**Evolution des troubles :**

M. Q. \_\_\_\_\_ a été victime de son accident le 1<sup>er</sup> février 2009. A cette occasion, il faisait de la luge avec ses enfants lorsqu'il chuta lourdement sur son épaule gauche.

A l'époque, il avait consulté son médecin de famille, le Dr O. \_\_\_\_\_.

L'incapacité de travail avait duré quelques semaines avec une consultation chez un spécialiste à [...], le Dr M. \_\_\_\_\_. Ce dernier avait pratiqué quelques infiltrations, et cela avait permis de reprendre le travail.

Rapidement, les douleurs sont réapparues. Notre assuré s'est alors adressé à son médecin de famille. Aucune annonce n'a été faite à la SUVA et c'est la caisse maladie qui avait pris en charge les divers médicaments prescrits.

Avec le temps, les troubles ne se sont pas améliorés. Finalement, il a été adressé par son médecin traitant au Dr K. \_\_\_\_\_ à la Permanence de [...] en juin 2010.

La question d'une intervention avait été abordée mais le Dr K. \_\_\_\_\_ ne la recommandait pas dans l'immédiat.

La situation a perduré. Une incapacité de travail a été sanctionnée par le Dr O. \_\_\_\_\_ du 1.8.10 au 30.9.10 (cf. certificats en annexes). A cette époque, M. Q. \_\_\_\_\_ émargeait de l'assurance-chômage. Il n'a pas jugé utile de présenter les certificats et a touché les indemnités journalières de chômage.

A sa demande, notre assuré a de nouveau été présenté au Dr K. \_\_\_\_\_ le 6 avril. Actuellement, notre assuré est décidé à se faire opérer. Reste en suspens la question assécurologique.

**Anamnèse professionnelle :**

Depuis la reprise du travail à la suite de son accident en 2009, M. Q.\_\_\_\_\_ a travaillé durant trois mois environ pour le compte de [...] à [...] par le biais d'A.\_\_\_\_\_.

Puis, il a réalisé diverses missions notamment durant six mois chez [...] à [...] comme cariste.

A partir du début 2010, il émarge de l'assurance-chômage.

C'est à la demande de son conseiller ORP que M. Q.\_\_\_\_\_ a présenté une annonce à l'AI. En effet, dans ses recherches d'emploi, il se limitait à des activités légères en raison de son problème avec l'épaule gauche.

Son droit aux indemnités journalières de chômage est maintenant éteint avec les nouvelles dispositions de l'assurance-chômage. Il touche une aide du service social.

A noter également un stage chez [...] de novembre 2010 à janvier 2011.

(...)".

Dans un rapport médical intermédiaire du 20 avril 2011 à l'attention de la CNA le Dr O.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution défavorable, son patient étant gêné dans ses activités quotidiennes. L'habillement et la toilette étaient toujours pénibles et les gestes contre résistance du bras gauche étaient très douloureux. Le Dr O.\_\_\_\_\_ recommandait une reconversion professionnelle.

Le 3 mai 2011, le Dr O.\_\_\_\_\_ a adressé à la CNA un rapport concernant l'accident du 1<sup>er</sup> février 2009 et ses suites, dont il ressort ce qui suit :

" M. Q.\_\_\_\_\_ fait une chute dans la neige en lugeant avec ses enfants le 01.02.2009 avec un choc direct de l'épaule gauche. La douleur est immédiate, persiste voire s'aggrave. Première consultation médicale fin février 2009. Le patient est adressé au Dr M.\_\_\_\_\_ (mars 2009), qui pratique un traitement conservateur, de la physiothérapie et des infiltrations (la dernière en septembre 2009) lui permettant qu'une amélioration incomplète. Le patient reconsulte le Dr M.\_\_\_\_\_ qui fait finalement pratiquer une IRM (juillet 2010) qui montre une rupture transfixiante du muscle sus-épineux. Mon collègue Dr M.\_\_\_\_\_ adresse alors le patient à Dr K.\_\_\_\_\_, qui confirme le conflit sous-acromial sur déchirure du tendon du sus-épineux. Poursuite du traitement conservateur y compris à [...] (où le patient a été adressé surtout pour des cervico-brachialgies aiguës mais où l'on s'est également occupé de l'épaule).

La situation reste inchangée, difficile. Le patient est gêné dans les activités quotidiennes, l'habillement et la toilette sont toujours pénibles, de même que les mouvements en hauteur et ceux contre résistance.

M. Q.\_\_\_\_\_ a été revu par Dr K.\_\_\_\_\_ le 6 avril dernier. Une possible intervention chirurgicale est envisagée, la date n'est pas encore décidée.

Le patient est donc actuellement suivi par Dr K.\_\_\_\_\_, clinique [...] à [...]".

Dans un rapport du 9 mai 2011 adressé au Dr O.\_\_\_\_\_, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution de l'épaule gauche était décevante, dans la mesure où après une période d'accalmie, elle présentait à nouveau des douleurs significatives. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a encore noté ce qui suit :

"L'examen clinique est cependant nettement en retrait par rapport aux plaintes du patient puisque la mobilité active est complète, les signes de conflits relativement modérés et la force bien conservée. L'arthro-IRM du 14.07.2010 montre effectivement une lésion subtotale du sus-épineux ce qui donne quelques substrats aux plaintes du patient et pourrait justifier dès lors une intervention chirurgicale dont on a d'ores et déjà décrit le déroulement et les longues suites au patient. Je reste toutefois persuadé que même non opéré, l'état de cette épaule est compatible avec une activité adaptée".

**d)** Par décision du 9 mai 2011, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations AI, avec la motivation suivante :

**" Résultat de nos constatations :**

Par votre demande du 25 octobre 2010, vous avez sollicité des prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une atteinte à l'épaule gauche.

Par le biais de différentes entreprises de travail temporaire, vous avez exercé différentes activités, soit aide-serrurier/ouvrier dans la construction/cariste/ouvrier d'atelier.

Victime d'une chute de luge, dans la neige, en février 2009, vous avez repris votre activité professionnelle de collaborateur temporaire, après quelques semaines d'incapacité de travail - et lors de la fin de votre mission en octobre 2009, vous vous êtes inscrit au chômage.

En raison des douleurs à l'épaule, dont vous faites état, vous avez subi, courant 2009 des traitements (infiltrations) et une éventuelle sanction chirurgicale vous a été proposée, à laquelle vous n'avez pas souhaité adhérer.

Des investigations médicales entreprises, il ressort qu'en raison des limitations fonctionnelles qui découlent principalement d'une atteinte dégénérative, de type-cervico-brachialgies, dont font état les médecins consultés en automne 2010 (travail et port de charges lourdes au-dessus de l'horizontale, éviter les travaux de force et en porte-à-faux), les activités d'aide-serrurier ou d'ouvrier dans la construction sont contre-indiquées, et ce depuis août 2010 environ.

Cependant, dans une activité adaptée, soit une activité de type industrielle épargnant en particulier la région cervicale, rien ne s'oppose à la mise en valeur de votre pleine capacité de travail. Aucune limitation n'est objectivable dans une activité en position assise.

Dans le cadre de l'intervention précoce, notre spécialiste en réadaptation vous a proposé des mesures, comme par exemple un bilan d'orientation (en vue de déterminer de nouvelles cibles professionnelles) ou des cours de français, mais vous n'avez pas donné suite.

Etant donné que vous n'aviez pas repris d'activité professionnelle, nous avons - par une approche théorique des revenus - comparé le salaire que vous réaliseriez en 2011 dans votre dernière activité, avec celui auquel vous pourriez prétendre dans une activité légère de substitution, selon l'Enquête Suisse sur la structure des salaires (ESS).

Force est de constater que - avec ou sans l'aide de notre assurance - c'est un préjudice minime qui découle de votre atteinte à la santé, de l'ordre de 10%. Cela ne vous ouvre pas le droit à des mesures de reclassement, ni à des mesures financières de notre assurance".

**e)** Dans un courrier du 12 mai 2011 au Dr O.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a observé qu'il y avait à présent lieu de proposer à l'assuré une solution chirurgicale, sous forme d'une arthroscopie de l'épaule gauche avec réparation de la coiffe des rotateurs et ténotomie du long chef du biceps.

Le 17 juin 2011, l'assuré a été opéré par le Dr H.\_\_\_\_\_. Dans son protocole opératoire, ce médecin a posé les diagnostics de déchirure longitudinale de la coiffe des rotateurs, tendinite du long chef du biceps et conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Il a procédé à une arthroscopie de l'épaule gauche avec synovectomie, ténotomie du long chef du biceps, réparation transtendineuse de la coiffe des rotateurs, acromioplastie et résection de la clavicule distale inférieure, ainsi que bursectomie partielle sous-acromiale.

Par rapport médical du 4 août 2011 à la CNA, le Dr H.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution satisfaisante lors de son dernier contrôle de l'assuré qui avait eu lieu le 19 juillet 2011. Une rééducation par physiothérapie était prévue dans les semaines à venir.

L'assuré a été hospitalisé à sa demande à la clinique de G.\_\_\_\_\_, établissement psychiatrique, du 27 novembre au 6 décembre 2011. Dans un entretien téléphonique qu'il a eu avec la CNA le 28 novembre 2011, il a expliqué que sa situation actuelle, notamment des difficultés au sein de son couple, étaient à l'origine de son état.

Le 14 décembre 2011, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré. Il a expliqué ce qui suit dans son rapport du même jour :

" (...)

#### **4. Constatations**

Il s'agit d'un homme de 46 ans, de grande taille et constitution athlétique sans aucune surcharge pondérale, droitier.

On est d'emblée frappé par les troubles de la thymie chez un homme d'aspect authentique et qui collabore bien à l'examen clinique mais qui tombe plusieurs fois en larmes.

On constate d'emblée une amyotrophie relativement importante de l'épaule et du membre supérieur gauche sans signes de Sudeck.

La mobilité de l'épaule gauche est douloureuse et autolimitée avec une antéflexion à 120°, une position main-nuque difficile, sans signes francs de la coiffe. A noter un érythème pustuleux du bras gauche compatible avec une allergie de contact (essences appliquées en physiothérapie?).

Les mensurations montrent un déficit de circonférence au niveau du biceps et de l'avant-bras de 2 cm chacune par rapport au membre supérieur droit.

#### **5. Diagnostic**

Status post arthoscopie de l'épaule gauche avec réparation de la coiffe, régularisation du bourrelet antérieur et ténotomie du LCB [long chef du biceps], acromioplastie et résection de la clavicule distale le 17.06.2011.

#### **6. Appréciation**

A six mois post-opératoire, l'évolution est défavorable chez un sujet d'aspect authentique, qui ne travaille plus depuis deux ans. On retient une surcharge importante par des facteurs étrangers et une exacerbation de troubles psychologiques ayant nécessité une hospitalisation dans le service psychiatrique. Dans la situation actuelle, je suggère une réadaptation en stationnaire qui permettrait en même temps de faire sortir l'assuré de son environnement conflictuel et de bénéficier des ateliers professionnels au vu de la nécessité d'une réorientation professionnelle. Nous allons faire le nécessaire pour que M. Q.\_\_\_\_\_ puisse être convoqué directement par la [...] après les fêtes de Noël".

L'assuré a séjourné à la Clinique Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : Z.\_\_\_\_\_) du 11 janvier au 8 février 2012, dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur. Dans leur rapport médical du 7 mars 2012, les Drs U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et T.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, médecins au sein de cette clinique, ont posé les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle de l'épaule gauche, de traumatisme de l'épaule gauche sur chute le 1<sup>er</sup> février 2009, de tendinopathie du supra-épineux, avec rupture du sous-scapulaire à droite, d'arthroscopie de l'épaule gauche (avec synovectomie, régularisation du bourrelet antérieur, ténotomie du long chef du biceps, réparation trans-tendineuse de la coiffe des rotateurs, acromioplastie et résection de la clavicule distale inférieure, bursectomie partielle sous-acromiale), ainsi que de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. A titre d'antécédents, ils ont indiqué des cervico-brachialgies droites dans un contexte de discopathies étagées et rétrécissement foraminal C5-C6 droit traité conservativement et des lombalgies chroniques. Au plan physique, les médecins de la Z.\_\_\_\_\_ ont expliqué qu'à la fin du séjour à la clinique, la mobilité de l'épaule était presque complète. La palpation demeurait douloureuse au niveau de la coracoïde et de l'acromio-claviculaire; la force était diminuée à gauche en comparaison avec la droite. Les tests de coiffe étaient douloureux mais tenus. Le dossier radiologique de l'assuré avait été complété par un ultrason dynamique de l'épaule gauche qui montrait une arthropathie acromio-claviculaire et des signes de tendinopathies chroniques du supra-épineux sur un status après suture et ténotomie du long chef du biceps. Du point de vue des aptitudes fonctionnelles, la situation pouvait être considérée comme stabilisée au vu de l'absence d'amélioration avec une prise en charge stationnaire intensive. De plus, les lésions objectivées correspondaient aux limitations constatées. Lors de son séjour, l'assuré avait également été vu par un psychiatre, la Dresse [...] qui avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, lié à une situation sociale précaire et un conflit de couple. Ce trouble était traité par [...] et un suivi psychothérapeutique qui se poursuivrait en ambulatoire. Sur le

plan professionnel, une évaluation en atelier avait permis de montrer que l'assuré était fonctionnel pour une activité de cariste pure (soit limitée à la conduite) et la reprise progressive d'une telle activité avec un travail n'exigeant pas d'utiliser de la force au niveau du membre supérieur gauche ou au-dessus de la tête était possible dès le 8 mars 2012. Par contre dans son ancienne activité de cariste manutentionnaire, l'assuré présentait une incapacité de travail totale et de longue durée. Les Drs U.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ estimaient toutefois que la problématique psychiatrique pourrait être un frein à une reprise effective du travail, selon son évolution.

Etait également joint au rapport de la Z.\_\_\_\_\_, un rapport du 12 janvier 2012 de [...], [...] et [...], des ateliers professionnels de cette clinique, lesquels estimaient que l'assuré pouvait exercer une activité de type cariste, tant que l'activité se limitait à la conduite, vu qu'il était titulaire d'un permis de cariste.

Dans un rapport de consilium psychiatrique du 18 janvier 2012, la Dresse [...] de la Z.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive. Elle a également apprécié la situation de la manière suivante :

"Il s'agit donc effectivement d'un patient qui sur le plan psychique présente une importante labilité émotionnelle, des symptômes du registre dépressif dans un contexte de conflit de couple que le patient n'a pas anticipé. Actuellement, il semble être extrêmement démuni face à cette situation qui risque d'influencer négativement l'évolution de son bras. (...)

Au terme de son séjour, nous l'avons vivement encouragé à poursuivre son traitement psychiatrique ambulatoire fraîchement initié".

Le cas de l'assuré a été soumis à une appréciation médicale par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il a relevé ce qui suit sous la rubrique "appréciation" de son rapport du 23 avril 2012 :

"On se trouve chez cet assuré à un peu plus de 10 mois d'une réparation chirurgicale de lésion de la coiffe des rotateurs associée à

une acromioplastie et résection de la clavicule distale inférieure pour arthrose acromio-claviculaire.

Cet assuré présente également des comorbidités vertébrales dont notamment une cervico-brachialgie à droite sur discopathies étagées et rétrécissement foraminaux C5/C6, ainsi que des troubles anxio-dépressifs qui font l'objet d'un suivi psychologique.

La Suva a admis une relation de causalité entre un accident de luge survenu le 01.02.2009 et les troubles douloureux qui ont conduit à la chirurgie réparatrice de l'épaule. Des antécédents douloureux de l'épaule antérieurs à l'accident ressortent des pièces du dossier.

Sur le plan médical la situation post-chirurgicale sera probablement stabilisée dans un délai de 12 à 15 mois de l'intervention.

Sur le plan professionnel, chez cet assuré sans travail, une exigibilité peut d'ores et déjà être établie sur la base notamment de l'évaluation professionnelle stationnaire effectuée à la Z.\_\_\_\_\_. Cet assuré pourrait effectivement mettre en valeur une pleine capacité dans toutes activités n'exigeant pas de sollicitation ou manutention du bras gauche au-dessus de l'horizontale ni le port de charges lourdes du membre supérieur gauche.

Nous ne tenons pas compte ici d'éventuelles incapacités de travail liées à la problématique psychiatrique dont la relation de causalité avec l'accident n'est pas retenue ni de la problématique cervico-brachiale droite relevée à la Z.\_\_\_\_\_ et qui est également indépendante de l'accident.

L'atteinte à l'intégrité liée à l'aggravation de l'état antérieur (syndrome sous-acromial et arthrose acromio-claviculaire vraisemblablement déjà symptomatique avant l'accident si on se base sur le rapport initial du Dr O.\_\_\_\_\_) pourra être évaluée dans un délai de 12 à 15 mois de l'intervention".

Le 26 juin 2012, l'assuré s'est soumis à un examen clinique réalisé par le Dr R.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du même jour, celui-ci a notamment relevé ce qui suit :

## **"5. Appréciation**

On se trouve chez cet assuré à environ une année d'une réparation trans-tendineuse de lésions de la coiffe de l'épaule gauche comportant une ténotomie du long chef du biceps, une acromioplastie, associées à une synovectomie du bourrelet postéro-antérieur ainsi qu'à la résection de la clavicule distale inférieure pour une arthropathie dégénérative de l'acromio-claviculaire.

Cet assuré présente également des comorbidités vertébrales dont notamment des discopathies étagées et rétrécissement foraminaux C5/C6 actuellement asymptomatiques. Il présente en outre des troubles anxio-dépressifs qui font l'objet d'un suivi psychologique et pour lesquels il prend toujours des antidépresseurs.

Subjectivement à l'examen de ce jour : l'assuré déclare encore quelques douleurs à caractère mécanique de l'épaule gauche (côté non-dominant) de même qu'une diminution de la force du bras.

Objectivement, on constate quelques signes irritatifs à la palpation de l'acromio-claviculaire et de la gouttière bicipitale ainsi que lors de l'abduction résistée du bras et à la flexion contrariée du coude gauche. Quelques douleurs également à l'élévation de l'épaule gauche à partir d'environ 150°. Hormis une discrète diminution de la rotation externe, pas de déficit significatif de la mobilité passive de l'épaule. Quelques manifestations du registre anxio-dépressif sont notées en fin d'examen.

Sur le plan médical : le résultat de la réparation chirurgicale pratiquée en juin 2011 peut être considéré comme subjectivement et objectivement satisfaisant. La situation sur le plan de l'épaule gauche peut être considérée comme stabilisée et relèvera principalement d'un suivi médical espacé à long terme et de mesures symptomatiques ponctuelles en fonction des douleurs.

Sur le plan professionnel, l'atteinte de l'épaule gauche ne permettra pas le retour durable vers une pleine capacité de travail dans toute activité exigeant le port de charges supérieur à 10 kg ou les manutentions au-delà de l'horizontale. Si l'on se base sur les seules suites somatiques de l'accident, une pleine capacité pourrait vraisemblablement d'ores et déjà être mise en valeur dans une activité qui respecte ces limitations.

L'assuré est annoncé à l'AI. Les mesures de reclassement professionnel devront cependant tenir compte des comorbidités vertébrales dégénératives indépendantes de l'accident notées à la Z.\_\_\_\_\_. Nous noterons également la présence de troubles anxio-dépressifs chez un assuré toujours en traitement sur ce plan-là. Nous ne nous prononcerons pas pour notre part sur l'incapacité de travail pouvant être imputée à cette problématique psychique, une telle appréciation ne relevant pas de notre compétence. La question de l'adéquation entre les troubles psychiques actuels et l'accidents devra également être examinée par les instances compétentes de la SUVA.

L'atteinte à l'intégrité fait l'objet d'une appréciation séparée".

Dans un rapport du 26 juin 2012, le Dr R.\_\_\_\_\_ a procédé à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, dont il a fixé le taux à 5%, compte tenu des constatations et justifications suivantes :

### **"1. Constatations**

Status 1 an après réparation chirurgicale de lésions de la coiffe de l'épaule gauche apparues dans le décours d'un accident. Intervention comportant également la résection de la clavicule distale inférieure, siège d'une osteophytose acromio-claviculaire révélée à l'IRM.

Subjectivement : l'assuré déclare quelques douleurs résiduelles à caractère mécanique de l'épaule gauche de même qu'une diminution de la force du bras gauche (côté non-dominant). Objectivement : il subsiste quelques signes irritatifs à la palpation de l'acromio-claviculaire et du tendon bicipital ainsi que lors de l'abduction résistée du bras et à la flexion contrariée du coude gauche. Quelques douleurs également à l'élévation de l'épaule gauche à partir d'environ 150°. Pas de déficit de la mobilité passive de l'épaule hormis une légère diminution de la rotation externe ne dépassant pas 5° par rapport au côté droit.

## Evaluation de l'atteinte à l'intégrité

Taux d'atteinte à l'intégrité : 5%.

### 2. Justification

Notre estimation se base sur la table 1 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA.

Le tableau présenté par cet assuré correspond à une périarthrite scapulo-humérale gauche de gravité légère à moyenne indemnisée dans une fourchette de 0 à 10%. Nous choisissons le taux moyen de cette fourchette. Nous n'avons pas retenu d'atteinte à l'intégrité pour la résection claviculaire, cette dernière s'adressant à un état dégénératif vraisemblablement préexistant à l'accident".

Par courrier du 8 août 2012, la CNA a fait savoir à l'assuré que le récent examen médical qu'il avait subi montrait qu'il n'avait plus besoin de traitement. Elle mettait donc fin au paiement des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2012. Elle l'informait qu'elle examinait actuellement son droit à une rente d'invalidité et que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il avait droit lui serait communiqué par courrier séparé.

En date du 9 août 2013, la CNA a sélectionné cinq descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) et les a versées au dossier. Il s'agit des descriptions suivantes :

N° DPT	Profession	Localité	Année salariale	Salaire moyen (en fr.)	Salaire minimal (en fr.)	Salaire maximal (en fr.)
10500	Chauffeur de taxi	Le Mont-sur - Lausanne	2012	49'000	48'000	50'000
5657	Collaborateur de production	Payerne	2012	49'629	47'520	51'720
5828	Collaborateur de production	Crissier	2012	51'765	46'150	57'380

2261	Employé de Garage	Renens VD	2012	53'073	50'191	55'954
3305	Aide-mécanicien	Renens VD	2012	53'950	50'050	57 '850
		Moyenne		51'481.60	48'382.20	54'580.80

Par décision du 27 août 2012, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité d'un montant de 599 fr. 95 par mois, compte tenu d'un taux d'invalidité de 12% à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2012 (revenu sans invalidité de 4'900 fr. par mois; revenu avec invalidité de 4'300 fr par mois [pour une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à la condition d'éviter les manutentions au-dessus de l'horizontale avec le bras gauche et d'éviter le port de charge de plus de 10 kg]). Elle lui a également alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 6'300 fr., compte tenu d'un taux de 5% du montant maximum du gain annuel assuré (126'000 fr.).

Le 27 septembre 2012, l'assuré, par son conseil, Me Joël Crettaz, s'est opposé à cette décision, en concluant à sa réforme dans le sens qu'il n'est pas mis au bénéfice d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais continue de percevoir des indemnités journalières (pour un montant de 144 fr. 25 par jour). Il a notamment fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé.

Par décision sur opposition du 4 octobre 2012, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a nié tout lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident du 1<sup>er</sup> février 2009. L'intimée a en outre retenu qu'aucun élément au dossier ne permettait d'admettre qu'un traitement pourrait améliorer sensiblement la capacité de gain de l'assuré, dès lors que l'état de son épaule devait être considéré comme stabilisé. La CNA a en outre confirmé que le droit à la rente d'invalidité était ouvert, de même qu'elle a confirmé le calcul du taux d'invalidité (12%) et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**B.** Par acte du 5 novembre 2012, Q.\_\_\_\_\_, par son conseil, a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme dans le sens qu'il continue de bénéficier des indemnités journalières d'un montant de 144 fr. 25 par jour et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction puis nouvelle décision. En substance, il fait valoir que son dossier a été insuffisamment instruit, reprochant à l'intimée d'avoir privilégié l'avis des médecins de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ et celui du Dr R.\_\_\_\_\_, sans prendre en compte l'ensemble des pathologies qui l'affectent. Dans un deuxième moyen, il soutient que son état de santé n'est pas stabilisé et en conclut que la CNA doit continuer à verser l'indemnité journalière. Il soutient encore qu'il existe un lien de causalité entre l'accident et ses souffrances psychiques et déplore à cet égard que l'impact de ces troubles sur sa capacité de travail n'ait pas été évalué. Il conteste également le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu, faisant valoir qu'il ne tient pas compte de ses souffrances physiques et de ses séquelles psychologiques. En dernier lieu, il se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en alléguant, d'une part, n'avoir pas eu un accès total au dossier, en particulier à l'examen du Dr R.\_\_\_\_\_ du 26 juin 2012 au sujet duquel il explique n'avoir pas pu prendre connaissance ni se déterminer, et, d'autre part, en raison d'un défaut de motivation dans l'évaluation de son taux d'invalidité, l'intimée de s'appuyant pas, selon lui, sur une étude du marché du travail équilibré; le recourant déplore également que les descriptions des postes de travail (ci-après : DPT) fondant les décisions de la CNA n'aient pas été mises à sa disposition. A titre de mesure d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre (orthopédique et psychiatrique). A l'appui de son recours, il produit notamment un certificat médical du 22 octobre 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_ expliquant suivre le recourant depuis le 15 août 2011 et posant les diagnostics de syndrome sous acromial de l'épaule gauche, de status après arthroscopie avec synovectomie et ténotomie du long chef du biceps et réparation de la coiffe des rotateurs, de lombalgies chroniques et d'état anxio-dépressif; le Dr L.\_\_\_\_\_ explique qu'au niveau de l'épaule, la mobilité est complète

tant en flexion qu'en abduction, mais que son patient présente une sensibilité au niveau des trapèzes et au niveau acromio-claviculaire ; il pose des limitations de port de charges (lever sol-taille : 13 kg; lever taille-tête : 10 kg; porter hauteur-taille : 13 kg; pousser en statique : 15 kg et en dynamique : 55 kg; porter main droite : 20 kg et main gauche : 8 kg). Enfin, le recourant produit un rapport du 25 octobre 2012 d'IRM de son épaule gauche, réalisée le 24 octobre 2012 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui émet les conclusions suivantes :

"Arthrose acromio-claviculaire calme actuellement sans image de rétrécissement du défilé sous-acromial. Lame liquidienne dans le cadre d'une bursite sous-acromiale et image de déchirure de la zone d'insertion antérieure du tendon du sus-épineux, déchirure transfixiante visible sur une distance antéro-postérieure de près de 1 cm et sur une longueur dans l'axe du tendon, de près de 2 cm. Pas d'autre image de déchirure tendineuse, pas non plus d'atrophie musculaire au niveau des différents muscles de la coiffe des rotateurs".

Dans sa réponse du 4 mars 2013, la CNA conclut au rejet du recours. Elle confirme que, selon elle, pour les seules séquelles accidentelles, l'état de santé doit être considéré comme stabilisé, au motif d'une absence de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Elle explique également qu'elle a soumis l'IRM du 24 octobre 2012 au Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin au sein du centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, qui considère que la marge thérapeutique pour les troubles de l'épaule en rapport avec l'accident du 1<sup>er</sup> février 2009 est étroite. La CNA confirme également qu'à son avis, les DPT qu'elle a produites répondent aux critères jurisprudentiels et sont compatibles avec les limitations fonctionnelles définies, précisant que la moyenne des revenus des cinq activités légères est de 51'481 fr. 60 et que le revenu sans invalidité est de 58'800 fr. La CNA explique encore que, selon elle, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne devait pas prendre en compte les troubles de la sphère psychique, en l'absence de lien de causalité avec l'accident. A l'appui de sa réponse, elle produit l'appréciation médicale du Dr B.\_\_\_\_\_ du 4 mars 2013, dont il résulte que l'IRM du 24 octobre 2012 confirme la présence d'une récurrence de rupture tendineuse intéressant le tiers moyen du tendon

du muscle sous-épineux, en zone préinsertionnelle. Selon le Dr B.\_\_\_\_\_, il fallait considérer, en accord avec les données de la littérature médicale, que cette rupture était survenue dans les six mois suivant l'intervention chirurgicale et qu'elle existait donc déjà au moment du bilan final effectué par le Dr R.\_\_\_\_\_ le 26 juin 2012 (une année après l'intervention). Toutefois, étant donné que le status clinique était tout à fait satisfaisant du point de vue de la mobilité articulaire et de l'indolence au repos, l'exigibilité définie par le Dr R.\_\_\_\_\_ restait adaptée, y compris en tenant compte a posteriori de ce diagnostic de récurrence de rupture tendineuse. Dès lors, selon le Dr B.\_\_\_\_\_, le cas pouvait être considéré comme stabilisé, dans la mesure où il n'existait pas d'indication absolue à une nouvelle chirurgie et qu'il ne fallait pas s'attendre par celle-ci à une modification de l'exigibilité déjà définie. En conclusion, le Dr B.\_\_\_\_\_ considérait que sur la base du status clinique déjà très satisfaisant nonobstant la récurrence de rupture tendineuse, abstraction faite du contexte psycho-social et des autres troubles musculo-squelettiques sans rapport avec l'accident du 1<sup>er</sup> février 2009, la marge thérapeutique encore exploitable n'était sans doute pas nulle, mais certainement étroite. Enfin, pour le Dr B.\_\_\_\_\_, le taux d'IPAI de 5% était en adéquation avec les status cliniques référés par les Drs R.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_.

Dans ses déterminations du 13 mai 2013, le recourant critique l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ dans la mesure où celui-ci mettait en doute le lien de causalité naturelle entre l'accident de février 2009 et la lésion tendineuse, rappelant que la CNA avait admis un tel lien. Le recourant plaide encore qu'il existe bel et bien un lien de causalité entre l'évènement du 1<sup>er</sup> février 2009 et ses troubles psychiques. Dans un dernier moyen, il remet en cause la pertinence des DPT utilisées par la CNA. Enfin, il confirme sa requête d'expertise bidisciplinaire et requiert la production de son dossier en mains de l'OAI.

Par écriture du 3 juin 2013, la CNA a considéré que le recourant n'apportait pas d'élément nouveau et a conclu au rejet du recours.

**C.** Le dossier AI du recourant a été produit le 6 septembre 2013. Il comprend notamment les pièces suivantes, outre celles déjà indiquées plus haut (supra considérant **A. b**) :

- une nouvelle demande de prestations AI déposée par l'assuré le 9 novembre 2011;

- un rapport médical des Drs U. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 7 mars 2012, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de tendinopathie du supra-épineux avec rupture du sous-scapulaire, avec réparation trans-tendineuse de la coiffe des rotateurs, acromioplastie et résection de la clavicule distale inférieure, ainsi que de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive; sans effet sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué des lombalgies chroniques; pour ces médecins, on pouvait s'attendre à ce que le patient continue d'avoir des douleurs chroniques ainsi qu'un manque de force au niveau de son membre supérieur gauche; ils ont encore précisé que d'un point de vue orthopédique, l'état de santé serait stabilisé dans un délai d'un à deux mois et que dans une activité de cariste pure, sans manutention, l'assuré pourrait travailler à 100%; ils se sont référés à leur rapport Z. \_\_\_\_\_ du 7 mars 2012 s'agissant des limitations fonctionnelles (chapitre "anamnèse socio-professionnelle");

- un rapport médical du 23 mars 2012 du Dr O. \_\_\_\_\_ à l'OAI, dans lequel ce médecin pose le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de tendomyopathie du sus-épineux de l'épaule gauche et rupture transfixiante du muscle sous-scapulaire gauche (depuis le 1<sup>er</sup> février 2009) et sans effet sur la capacité de travail, les diagnostics de cervico-brachialgies droites sur troubles dégénératifs rachidien cervicaux modérés depuis septembre 2010 ainsi que de troubles de l'adaptation avec réactions mixtes anxieuse et dépressive; le Dr O. \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de l'assuré et a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : impossibilité de faire des mouvements en force avec le bras gauche lors des mouvements en porte-à-faux et en long bras de levier, pas de travail avec les bras au-dessus de la tête ou impliquant de se pencher et de monter sur une échelle ou un

échafaudage; le médecin a précisé qu'une reprise du travail dans une autre profession (chauffeur de taxi) était possible;

- un avis médical du 1<sup>er</sup> mai 2012 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR, qui relève ce qui suit :

"Le rapport d'examen SMR du 2 mars 2011 prend en compte les problèmes des épaules et les cervicobrachialgies droites qui affectent l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> août 2010.

Le trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive secondaire à un "gros conflit de couple" a affecté la capacité de travail de l'assuré d'octobre 2011 au 23 mars 2012 date à laquelle le Dr O.\_\_\_\_\_ l'appécie comme sans influence sur la capacité de travail et évoque une capacité de travail dans la profession de chauffeur de taxi (...).

Il n'y a donc pas eu d'incapacité de travail durable. Nous maintenons notre position."

- un courrier du 5 novembre 2012 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'OAI, qui explique suivre l'assuré depuis le 16 décembre 2011, après l'hospitalisation de celui-ci à l'hôpital psychiatrique de [...]. Le Dr E.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics d'état dépressif sévère (F32.2) et d'un trouble de la personnalité sans précision (F60.9); il indique que l'assuré est dans l'incapacité psychique de travailler et cela pour une durée indéterminable, précisant que jusqu'à récemment la question de son incapacité de travail sur le plan psychique ne se posait pas, puisqu'il était déjà en arrêt de travail pour des raisons orthopédiques;

- un courrier du 14 novembre 2012 du Dr H.\_\_\_\_\_ à la CNA qui explique que le nouveau bilan IRM de l'épaule gauche effectué le 24 octobre 2012 montre une nouvelle petite déchirure transfixiante d'environ 1 cm sur la partie antérieure du sus-épineux, précisant qu'il n'était pas sûr que cette lésion puisse expliquer la symptomatologie de son patient, ni qu'une reprise chirurgicale puisse véritablement améliorer la situation étant donné que le patient ne souffrait pas au repos mais seulement lors d'efforts physiques;

- un nouvel avis médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2012, qui relève que la décision sur opposition de la CNA du 4 octobre 2012 règle la question des troubles somatiques et que la CNA estime qu'il n'y a pas de lien de causalité naturelle entre les problèmes psychiques et l'accident; il

relève également que selon le Dr E.\_\_\_\_\_, le trouble de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive a évolué vers un épisode dépressif sévère;

- un rapport médical du 8 février 2013 du Dr E.\_\_\_\_\_ à l'OAI qui pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de trouble de la personnalité mixte, existant depuis novembre 2011; selon le Dr E.\_\_\_\_\_, la symptomatologie dépressive est incompatible avec le travail depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012 et il ne faut pas s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail à court ou moyen terme;

- un troisième avis médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 2 avril 2013 qui relève que le rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ est considéré par un psychiatre du SMR comme circonstancié et convainquant; le Dr J.\_\_\_\_\_ considère dès lors que la capacité de travail de l'assuré est nulle depuis septembre 2012 au motif d'un épisode dépressif sévère et retient les limitations fonctionnelles suivantes : fatigabilité, ralentissement psychique, idéation suicidaire, trouble de la mémoire et de la concentration;

- une communication du 19 avril 2013 de l'OAI à l'assuré intitulée "refus momentané de la rente d'invalidité - prochaines démarches" lui expliquant qu'un nouveau délai d'attente commençait à courir depuis le mois de septembre 2012 - date à compter de laquelle sa capacité de travail était restreinte pour des raisons psychiques - et qu'à l'échéance de celui-ci, le 1<sup>er</sup> septembre 2013, les conditions du droit à la rente seraient réexaminées.

Le 11 septembre 2013, les parties ont été invitées à se déterminer sur le dossier AI.

Le 26 septembre 2013, la CNA relève que le dossier AI, sauf à démontrer que la composante psychique est au premier plan, n'apporte pas d'éléments susceptibles de modifier sa position.

Le 4 novembre 2013, le recourant fait quant à lui valoir que le dossier de l'OAI confirme la relation de causalité entre l'accident du 1<sup>er</sup> février 2009 et ses atteintes tant physiques que psychiques et que ledit dossier atteste de l'absence de stabilisation de son état de santé.

Le 22 novembre 2013, la CNA conclut au rejet du recours.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1, 57, 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière 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 la décision litigieuse; 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, sont litigieux les points de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est stabilisé de sorte qu'une rente d'invalidité doive lui être versée, et en cas de stabilisation, les taux de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixés aux termes de la décision sur opposition rendue par l'intimée. Le recourant soulève également divers griefs au titre de la violation de son droit d'être entendu.

**3.** Le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en faisant essentiellement valoir qu'il n'a pas eu accès, avant que la CNA ne rende sa décision, au rapport final du Dr R. \_\_\_\_\_ du 26 juin 2012, ni aux DPT qui ont été utilisées pour arrêter le droit à la rente d'invalidité.

**a)** Le droit d'être entendu, prévu à l'art. 29 al. 2 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101), constitue une garantie générale de procédure. Il comprend le droit pour l'administré, respectivement le justiciable, de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, enfin de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 V 351 consid. 4.4; ATF 132 V 368 consid. 3.1; TF 9C\_705/2009 du 21 décembre 2009 consid. 1.2.2; TFA I 507/2003 du 15 janvier 2004 consid. 2.2 et les références). La procédure de notification d'un projet de décision concrétise la garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable: par la notification d'un tel acte, l'administration informe l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus (TF 9C\_115/2007 du 22 janvier 2008 consid. 5.2; voir également UELI KIESER, ATSG-

Kommentar, 2<sup>ème</sup> édition, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 7 et 8 ad art. 42 LPGA et les références).

S'agissant d'une garantie de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (TF I 68/2007 du 11 janvier 2008 consid. 2 et les références). Toutefois, selon la jurisprudence, une telle violation est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a eu la possibilité de s'exprimer devant une autorité jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437; TF I 904/2006 du 19 mars 2007 consid. 4.3 et les références; cf. aussi KIESER, op. cit. n° 10 ad art. 42 LPGA).

**b)** En l'espèce, il paraît douteux que le droit d'être entendu du recourant ait été violé en procédure de première instance conduite devant l'intimée, étant donné qu'il était déjà assisté par un avocat au stade de l'opposition et avait tout loisir de requérir la production de son dossier complet à ce moment déjà, ce qu'il n'a apparemment pas fait. Par ailleurs, en adressant au recourant une décision sujette à opposition, l'intimée a garanti son droit d'être entendu dans la procédure préalable. Quoi qu'il en soit, une éventuelle violation du droit d'être entendu - qui ne revêtirait pas une gravité particulière - devrait être considérée comme réparée. En effet, le recourant s'est déterminé dans son recours, en réplique et à l'occasion d'observations complémentaires, alors qu'il avait saisi l'opportunité de consulter son dossier complet. Il a ainsi eu largement la possibilité de s'exprimer, tant au sujet du choix des DPT que de l'évaluation médicale du Dr R.\_\_\_\_\_, devant la présente juridiction qui dispose d'un plein pouvoir d'examen. Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu est dès lors mal fondé.

**4. a)** En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et

de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]).

Selon l'art. 8 al. 1 LAA, sont réputés accidents non professionnels tous les accidents (art. 4 LPGA) qui ne sont pas des accidents professionnels (cf. art. 7 LAA). L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments qui doivent être cumulativement réalisés (cf. JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, in : U. Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2. Auflage, Bâle 2007, n° 57, p. 857). Le versement de prestations sur la base de la LAA, est ainsi et notamment soumise à la condition de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177, consid. 3.1. et 3.2).

**b)** L'exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu de considérer que sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas du tout produit ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire en revanche que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, ou le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. à cet égard ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références) (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; cf. également TF 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; ATF 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références; cf. également TF 8C\_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.1). La question de la causalité adéquate est une question juridique qu'il appartient à l'administration ou au juge de trancher, et non au médecin (TFA U 156/05 du 14 juillet 2006 consid. 4.2).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif sur l'évènement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3; JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, op. cit., n. 90, p. 868).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée (ATF 115 V 133; TFA U 288/03 du 24 mars 2004 consid. 4.1; JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, op. cit., n. 91, p. 868).

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement important de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il faut préciser que ces critères doivent être examinés en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et ATF 115 V 403 consid. 5c/aa; TF 8C\_305/2011 du 6 mars 2012 consid. 3.3.1; TF 8C\_934/2010 du 8 novembre 2011 consid. 4.2).

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves (TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3; JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n. 91, p. 869).

Inversement, en cas d'accident de gravité moyenne se trouvant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour qu'un lien de causalité adéquate puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; TF 8C\_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2; JEAN MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n. 91, p. 869).

**c)** En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'une accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Est

réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). 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 (cf. art. 16 LPGA).

L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que 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 santé de l'assuré 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 (cf. également art. 16 al. 2 LAA). La question de l'amélioration de l'état de santé doit se juger au regard de l'augmentation attendue ou du rétablissement de la capacité de travail, aussi longtemps que celle-ci est entravée par les conséquences de l'accident. Par une « sensible amélioration de l'état de santé », il faut comprendre que, par des mesures médicales supplémentaires, les améliorations attendues sont d'une certaine importance; des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

**d)** Selon le principe de 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 cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa

désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**5.** En l'espèce, il convient de trancher les points de savoir si l'état de santé du recourant était stabilisé du point de vue de ses atteintes à la santé en lien de causalité avec l'évènement du 1<sup>er</sup> février 2009, et si par conséquent, la CNA était fondée, à compter du mois de septembre 2012, à procéder au calcul de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**a)** Le recourant soutient que son état de santé n'est pas stabilisé notamment en raison de ses troubles psychiques, lesquels sont, selon lui, en lien de causalité avec l'accident du 1<sup>er</sup> février 2009 et relèveraient dès lors de la responsabilité de la CNA.

Au vu des pièces médicales du dossier, il apparaît douteux que les troubles psychiques du recourant se trouvent en lien de causalité naturelle avec l'accident du 1<sup>er</sup> février 2009; il semble plutôt que ces troubles sont apparus dans le contexte d'un conflit entre le recourant et son épouse. Néanmoins, cette question peut demeurer ouverte (cf. TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.1), dès lors que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident doit être niée pour les motifs qui suivent.

En effet, le fait de chuter sur l'épaule en faisant de la luge constitue manifestement un accident de peu de gravité. Partant le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident peut être d'emblée nié. Même à admettre que l'accident en question soit rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, il faudrait considérer que les critères posés par la jurisprudence ne sont pas remplis. En effet, il n'apparaît pas que l'accident fût de nature particulièrement impressionnante ou dramatique. Le recourant n'a pas non plus subi de lésions physiques graves, qui seraient propres selon l'expérience de la vie à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical n'a pas été anormalement long et il n'y a pas eu d'erreurs médicales à déplorer. On ne relève pas non plus de complications importantes ou de difficultés particulières lors du traitement médical. Même si le recourant présente toujours des douleurs physiques, celles-ci ne sont pas d'une intensité telle qu'il faille considérer qu'il existe un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. En ce qui concerne finalement le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il faut certes prendre acte du fait que le recourant n'a pas repris à ce jour d'activité lucrative, cependant, cela apparaît principalement dû à ses troubles psychiques plutôt qu'à son atteinte au niveau de l'épaule.

Dès lors que les troubles psychiques du recourant ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 1<sup>er</sup> février 2009, il n'y a pas lieu d'en tenir compte pour juger de la stabilisation de son état de santé.

A ce stade, on précisera également qu'en l'absence de lien de causalité, les troubles psychiques du recourant sont également sans pertinence pour fixer son taux d'invalidité ainsi que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**b)** Contrairement à ce que le recourant prétend, il apparaît que les séquelles qu'il présente à son épaule gauche - que la CNA ne conteste pas être en lien de causalité avec l'évènement du 1<sup>er</sup> février 2009 - étaient stabilisées au moment où la CNA a pris sa décision.

A cet égard, il convient de s'intéresser en particulier aux suites de l'intervention chirurgicale pratiquée sur l'épaule gauche du recourant en juin 2011. Sur ce point, les pièces médicales au dossier concordent largement. Le Dr R.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 26 juin 2012, a considéré que le résultat de la réparation chirurgicale était objectivement et subjectivement satisfaisant nonobstant le fait que des douleurs persistaient; à l'avenir, seuls un suivi médical espacé à long terme et des mesures ponctuelles de traitement en fonction des douleurs auraient lieu d'être effectués; dès lors, la situation pouvait être considérée comme stabilisée dans un délai de 12 à 15 mois après l'opération (cf. également son rapport du 23 avril 2012). Dans le même sens, les médecins de la Z.\_\_\_\_\_ (les Drs U.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_) ont estimé que la mobilité de l'épaule était presque complète, malgré la persistance de douleurs. Pour ces médecins, la situation de l'épaule gauche pouvait être considérée comme stabilisée dans un délai d'un à deux mois à compter du mois de mars 2012, au vu de l'absence d'amélioration significative à l'issue de la prise en charge intensive à la Z.\_\_\_\_\_ (cf. leurs rapports du 7 mars 2012 au médecin conseil de la CNA et celui adressé à l'OAI).

On doit donc constater que des douleurs ont persisté à la suite de l'opération et de la rééducation de l'épaule gauche du recourant, comme l'atteste également le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 22 octobre 2012 produit par le recourant. Cependant ce médecin y explique aussi que la mobilité de l'épaule est complète; comme les Drs R. \_\_\_\_\_, U. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_ ne recommande aucun traitement particulier, mais fait état de limitations fonctionnelles en lien avec les troubles de l'épaule gauche, suggérant ainsi que l'état de santé ne peut être sensiblement amélioré. Le fait que des douleurs persistent ne veut ainsi pas dire que l'état de santé du recourant n'est pas stabilisé.

Les pièces produites par le recourant en cours de procédure judiciaire, à savoir principalement le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 22 octobre 2012 précité et l'IRM du 24 octobre 2012 réalisée par le Dr F. \_\_\_\_\_, ont été soumises pour appréciation au Dr B. \_\_\_\_\_ par l'intimée. Ce médecin a expliqué, dans son rapport du 4 mars 2013, que cette IRM montrait la présence d'une récurrence de rupture tendineuse au niveau du muscle sous épineux, laquelle serait, selon les enseignements tirés de la littérature médicale, intervenue dans les six mois après l'opération du mois de juin 2011; cette atteinte était donc selon toute vraisemblance présente au moment de l'examen clinique effectué par le Dr R. \_\_\_\_\_ en juin 2012. Toutefois, pour le Dr B. \_\_\_\_\_, comme le status clinique est tout-à-fait satisfaisant du point de vue de la mobilité articulaire et en l'absence de douleur au repos, l'appréciation médicale du Dr R. \_\_\_\_\_ reste pertinente, y compris en tenant compte a posteriori du diagnostic de récurrence de rupture tendineuse. Par ailleurs, pour le Dr B. \_\_\_\_\_, le cas peut être considéré comme stabilisé, dès lors qu'il n'existe pas d'indication absolue à une nouvelle opération chirurgicale et qu'il ne faut pas s'attendre par une éventuelle opération à une sensible amélioration de l'exigibilité déjà définie.

Vu ce qui précède, il convient de retenir qu'il ressort des pièces médicales au dossier que malgré la persistance de douleurs, aucun médecin n'a recommandé un nouveau traitement médical conséquent, après l'opération réalisée en juin 2011 et la prise en charge intensive de

l'assuré à la Z.\_\_\_\_\_. Il faut en déduire qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant en lien avec ses troubles à l'épaule gauche, au moment de l'octroi de la rente d'invalidité en septembre 2012, date dès laquelle son état de santé devait être considéré comme stabilisé. On relèvera encore, au sujet du dossier AI produit en procédure judiciaire, qu'il ne contient aucun élément permettant de douter de la stabilisation de l'état de santé du recourant en lien avec ses troubles à l'épaule gauche. Le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2012, dans lequel ce dernier considère comme douteux que la lésion révélée à l'IRM du 24 octobre 2012 puisse expliquer la symptomatologie du patient et qu'une reprise chirurgicale puisse véritablement améliorer la situation, confirme la stabilisation. On relèvera encore que l'IRM de l'épaule gauche du 24 octobre 2012 qui figure au dossier AI n'a pas conduit le SMR à revoir son appréciation de la situation médicale au plan somatique (cf. avis médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 2 avril 2013).

**c)** Le recourant semble considérer que le passage à une rente d'invalidité était également prématuré du fait qu'il n'a pas été soumis à des mesures de réadaptation de l'OAI.

Ce point de vue ne saurait être suivi. En effet, au moment où la CNA a rendu sa décision sur opposition, le 4 octobre 2012, l'OAI avait déjà refusé à l'assuré le droit à des mesures de réadaptation par sa décision du 9 mai 2011 ainsi que par projet de décision du 27 septembre 2012. Au surplus, on rappellera que lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical, cette rente étant calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là (art. 30 OLAA).

**d)** En ce qui concerne la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de la part du recourant, il faut considérer ce qui suit :

La CNA s'est fondée sur les conclusions du rapport final du Dr R.\_\_\_\_\_ du 26 juin 2012 et celles des Dr U.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ de la Z.\_\_\_\_\_. Le Dr R.\_\_\_\_\_ considère que l'assuré présente, dès la stabilisation de son état de santé au plan somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en lien avec ses troubles à l'épaule gauche, à savoir toute activité n'exigeant pas le port de charges supérieur à 10 kg, ou les manutentions au-delà de l'horizontale. Les conclusions des médecins de la Z.\_\_\_\_\_ sont pour leur part largement concordantes, puisqu'ils expliquent que l'évaluation réalisée en atelier a permis de montrer que le recourant était fonctionnel pour une activité de cariste pure, soit limitée à la conduite, et n'exigeant pas d'utiliser de la force au niveau du membre supérieur gauche ou au-dessus de la tête. On relèvera encore que le Dr B.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr R.\_\_\_\_\_ était adéquate, même en tenant compte de la récurrence de rupture tendineuse révélée par l'IRM du 24 octobre 2012, laquelle n'était pas de nature à modifier l'exigibilité définie par le Dr R.\_\_\_\_\_. Au demeurant, l'appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_ apparaît favorable au recourant puisqu'il a tenu compte, pour évaluer sa capacité de travail, de l'ensemble de ses atteintes à l'épaule gauche, y compris les lésions dégénératives (cf. son rapport du 26 juin 2012).

Les autres rapports médicaux transmis à la CNA ne contiennent pour leur part aucune réelle évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré et des activités encore exigibles de sa part, une fois son état de santé stabilisé.

Par ailleurs, si le recourant conteste l'exigibilité médicale telle que définie par le Dr R.\_\_\_\_\_ ainsi que les Drs U.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, il n'apporte aucun élément concret qui justifierait de s'en écarter. Là encore, ses griefs s'avèrent mal fondés.

Quant au dossier AI produit le 6 septembre 2013, il confirme qu'au plan somatique, le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, dans son rapport du 23 mars 2012 à l'OAI, le Dr O.\_\_\_\_\_ a précisé qu'une reprise du travail dans une activité adaptée (compte tenu de limitations fonctionnelles largement similaires à celles retenues par le Dr R.\_\_\_\_\_ ainsi que les Drs E.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_) était possible. Par ailleurs, le bilan IRM de l'épaule gauche du 25 octobre 2012 figurant au dossier AI, n'a pas conduit le SMR à revoir son appréciation de la capacité de travail du recourant au plan somatique (cf. l'avis médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 2 avril 2013 qui considère que la capacité de travail de l'assuré est nulle depuis le mois de septembre 2012 pour des raisons psychiques uniquement). Enfin, on relèvera que la production du dossier AI le 6 septembre 2013 a permis d'établir qu'au plan somatique la situation médicale demeurerait inchangée par rapport à la situation qui prévalait lors de la décision de l'OAI du 9 mai 2011, seule une péjoration de l'état de santé au plan psychique justifiant l'entrée en matière sur la nouvelle demande déposée le 9 novembre 2011 (cf. avis médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 2 avril 2013). Or, ainsi qu'on l'a exposé, les troubles psychiques du recourant sont sans lien de causalité adéquate avec l'évènement accidentel du 1<sup>er</sup> février 2009 (supra consid. 5a).

**e)** Pour le surplus, il faut constater que le Dr R.\_\_\_\_\_ et les médecins de la Z.\_\_\_\_\_ ont établi leurs rapports médicaux en pleine connaissance du dossier médical de l'assuré, ont procédé à des examens cliniques, qu'ils ont dûment pris en considération les plaintes du recourant, ont décrit son état de santé et l'influence de celui-ci sur la capacité de travail de manière claire et motivée. Il y a donc lieu de retenir, comme la CNA, que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2012.

C'est également le lieu de rappeler que le fait pour un médecin d'être rattaché à un assureur social par un contrat de travail ne permet

pas à lui seul de conclure à un manque d'objectivité et à de la prévention (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4 et ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; cf. TF 8C\_139/2012 du 16 janvier 2013, consid. 4.2). L'art. 6 paragraphe 1 CEDH qui garantit le droit à un procès équitable, duquel découle le principe de l'égalité des armes, ne permet pas une autre interprétation. A cet égard, le recourant ne démontre pas que le Dr R. \_\_\_\_\_ aurait fait preuve de prévention dans la rédaction de son rapport ou, par son comportement, dans le cadre de l'examen.

**f)** En définitive, c'est à juste titre que la CNA, considérant que l'état de santé du recourant était stabilisé, lui a reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2012. C'est également à bon droit que l'intimée a cessé le versement des indemnités journalières et procédé au calcul de la rente d'invalidité du recourant ainsi qu'à la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**6.** Cela étant, il y a encore lieu d'examiner le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'intimée.

**a) aa)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPGA; cf. TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2; cf. JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, op. cit. n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (applicable en vertu du renvoi de l'art. 18 LAA). Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - cette tâche revenant à l'assurance-chômage - mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité

résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). C'est dès lors en vain que le recourant fait valoir que la comparaison des revenus effectuée par la CNA ne tient pas compte de la réalité du marché du travail.

**bb)** 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; dans la mesure où ils 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 (méthode générale de comparaison des revenus; cf. ATF 128 V 29 consid. 1; cf. TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2; cf. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222; cf. TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

**cc)** Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; cf. TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1).

**dd)** En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la

CNA (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1; cf. TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3). Dans ce cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; cf. TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; cf. également TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472; cf. TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2).

**b)** En l'occurrence, le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité, fixé à 4'900 fr. par mois par la CNA, mais critique le choix des DPT auquel a procédé l'intimée pour établir son revenu d'invalidé.

A cet égard, il faut constater que faute pour le recourant d'avoir repris une activité adaptée à son handicap, la CNA était fondée à recourir aux DPT pour établir son revenu d'invalidé. Les cinq DPT retenues par la CNA - à savoir chauffeur de taxi (DPT n° 10500) collaborateur de production (à Payerne et à Crissier, DPT n° 5957 et n° 5828), employé de garage (DPT n° 2261) et aide-mécanicien (DPT n° 3305) - sont compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant liées à son atteinte à l'épaule gauche (à savoir pas d'activité exigeant la sollicitation ou la manutention du bras gauche au-delà de l'horizontale, ni le port de charges supérieures à 10 kg avec le bras gauche), puisqu'il s'agit d'activités n'impliquant pas le port de charges de plus de 10 kg ou de travailler avec les bras au-dessus de l'horizontale. Les DPT retenues apparaissent

également compatibles avec la formation et l'expérience professionnelle du recourant. On relèvera en particulier que le recourant a déjà exercé l'activité de chauffeur de taxi (cf. son audition effectuée par la CNA le 27 avril 2012). En outre, les conditions formelles posées par la jurisprudence ont été respectées, puisque le recourant a pu prendre connaissance, dans le cadre de la présente procédure judiciaire, du nombre total de postes de travail entrant en considération pour lui d'après son handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe de référence. Une éventuelle violation de son droit d'être entendu a ainsi été réparée dans la présente procédure (cf. supra consid. 3b).

Les critiques du recourant selon lesquelles la CNA n'a pas examiné les métiers de cariste, aide-couvreur ou aide-serrurier, pour établir son revenu d'invalidé ne sont par ailleurs pas fondées. En effet, on relèvera d'abord que le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu que l'activité d'aide-serrurier était contre-indiquée compte tenu de son état de santé (cf. son rapport médical du 2 mars 2011). Pour le surplus, ni les constatations effectuées par les médecins consultés, ni l'état des connaissances professionnelles du recourant n'excluent la reprise d'une activité dans l'un des postes retenus par la CNA. Au demeurant, les activités de cariste ou aide-couvreur ont été indiquées comme adaptées à titre d'exemple, ce qui n'exclut pas l'exigibilité de l'exercice d'autres activités adaptées à son état de santé et ses connaissances professionnelles.

C'est dès lors à juste titre que la CNA s'est référée aux cinq DPT qu'elle a produites pour déterminer le salaire d'une personne d'âge moyen affectée des mêmes séquelles accidentelles que le recourant et dont l'activité serait exigible en plein. Quant au revenu d'invalidé fixé sur cette base pour l'année 2012 – soit 4'300 fr. par mois (part au treizième salaire incluse), il n'est pas critiquable.

**c)** En comparant le revenu d'invalidé au revenu sans invalidité, on aboutit à une incapacité de gain de 12%  $\left(\frac{4'900 - 4'300}{4'900} \times 100\right)$ , ainsi que l'a calculée l'intimée. Par conséquent, le taux de la rente d'invalidité tel que calculé par la CNA échappe à la critique.

**7.** Reste à examiner le bien-fondé du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimé.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelle, 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 (cf. TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Selon 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).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, 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 (cf. ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 de l'OLAA 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 (cf. ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3 de l'OLAA). 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 3 de l'OLAA). 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 ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; ATF 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

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 (art. 25 al. 1 LAA). Elle constitue un pourcentage de ce montant, fixé sur la base du barème de l'annexe 3 de l'OLAA (cf. ch. 1 de l'annexe 3 de l'OLAA). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité (art. 24 al. 2 LAA).

**b)** En l'espèce, la CNA a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 5% du montant maximum du gain assuré, en se fondant sur l'évaluation à laquelle le Dr R. \_\_\_\_\_ a procédé dans son

rapport du 26 juin 2012. Le recourant conteste ce taux, faisant valoir qu'il ne tient pas compte de ses souffrances physiques et de ses séquelles psychologiques particulières.

S'agissant de l'atteinte à la santé psychique du recourant, c'est à juste titre que le Dr R. \_\_\_\_\_ n'en a pas tenu compte pour évaluer l'atteinte à l'intégrité, dès lors que celle-ci ne se trouve pas en lien de causalité avec l'accident, comme cela a déjà été constaté (supra consid. 5a).

Pour le surplus, l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_ est dûment motivée. Ce dernier a en effet retenu que les douleurs que le recourant présente encore à son épaule gauche correspondent à une périarthrite scapulo-humérale; il dès lors fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 5% en se fondant sur les tables d'indemnisations établies par la Division médicale de la CNA. C'est à juste titre que le Dr R. \_\_\_\_\_ n'a pas tenu compte des lésions dégénératives de l'épaule, qui ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 1<sup>er</sup> février 2009. Par ailleurs, son évaluation tient compte des plaintes de l'assuré, a été établie en connaissance de l'anamnèse et fait suite à un examen clinique, de sorte qu'il y lieu de lui reconnaître pleine valeur probante. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% doit ainsi être confirmé.

**8.** En dernier lieu, on relèvera que le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire, comme le requiert le recourant. Une mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être établis à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008).

**9. a)** Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant qui succombe n'a pas le droit à des dépens (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 4 octobre 2012 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 Joël Crettaz (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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 :