

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Durussel, juge, et Férolles, assesseure,
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant, représenté par Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 18 LAA

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité portugaise, au bénéfice d'une autorisation d'établissement en Suisse (permis C), a suivi l'école obligatoire au Portugal. Il a ensuite travaillé notamment dans le domaine de la maçonnerie au [...], où il a obtenu un certificat d'aptitude de dessinateur en génie-civil. Il a ensuite exploité un restaurant au Portugal, avant de travailler en Suisse, dès 2007, comme aide-cuisinier dans un premier temps, puis dans la conciergerie.

Depuis 2010, il travaillait chaque année pour une durée déterminée pour le compte de la société [...] SA en qualité de monteur de tentes. Dans l'intervalle, il s'annonçait à l'assurance-chômage. Durant l'année 2013 en particulier, il a été engagé du 11 mars au 30 novembre et a été, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 29 juin 2013, l'assuré a chuté alors qu'il se trouvait sur la cime d'une tente de manifestation, ce qui lui a occasionné une fracture déplacée de la clavicule droite, une rupture de la face profonde du sus-épineux et une fracture de l'arc postérieur de la première côte à droite.

La CNA a pris en charge les suites de cet accident (traitement et indemnités journalières).

Rapidement, il a été constaté que l'assuré ne serait plus en mesure de reprendre son activité habituelle sur les chantiers (cf. rapport établi le 18 décembre 2013 par le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA).

Dans une attestation reçue par la CNA le 13 mars 2015, l'employeur a indiqué que s'il n'avait pas été victime d'un accident, l'assuré aurait perçu pour son activité à durée déterminée en 2014 et en

2015, un salaire horaire de 24 fr. 40. Il en serait allé de même en 2016 (cf. attestation reçue par la CNA le 26 janvier 2016).

Le 12 mai 2015, Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a réalisé une cure de pseudarthrose à l'épaule droite avec débridement du cal fibreux, réduction ouverte et ostéosynthèse de la clavicule, ainsi qu'une greffe osseuse et ostéo-inducteur (cf. rapport du 20 mai 2015). Ce même médecin a encore effectué une arthroscopie diagnostic de l'épaule droite, une ténotomie du long chef du biceps droit et une acromioplastie, avec résection de la clavicule distale droite arthroscopique, le 13 juillet 2016. Dans son rapport du 30 août 2016, il a attesté d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, avec une possibilité de « reprise théorique à 50 % à partir du 1^{er} octobre 2016 dans une activité adaptée sans port de charge ou soulèvement d'objets au-dessus de l'horizontale avec l'épaule droite ». Il estimait que l'on se dirigeait vers une expertise médicale pour définir les possibilités de réinsertion qui semblaient assez limitées chez l'assuré, au vu notamment de son âge.

Le Dr X._____ a procédé à l'examen final de l'assuré le 20 février 2017. A cette occasion, il a relevé que l'épaule droite de l'assuré était souple mais demeurait douloureuse à la mobilisation au passage de l'horizontale, sans que l'on sache exactement ce qui faisait mal chez un assuré devenu dolent et expressif, qui grimaçait et paraissait au bord des larmes. Il n'y avait plus de fausse mobilité mais la clavicule droite était assez saillante avec un matériel d'ostéosynthèse qui prenait de la place. Il était noté un status après ténotomie du long chef du biceps avec un corps musculaire rétracté à la face antérieure du bras droit, douloureux lors des mouvements contre résistance. Le Jobe était tenu mais douloureux. La force en rotation externe était conservée. Le sous-scapulaire était fonctionnel. La mobilité active était modérément limitée, essentiellement par les douleurs. Passivement, les amplitudes articulaires étaient nettement améliorables mais l'assuré faisait valoir de très vives douleurs. Globalement, l'épaule droite avait conservé une assez bonne force. Sous réserve d'une éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse, le

traitement touchait à sa fin. Les limitations fonctionnelles étaient les charges moyennes, surtout les bras en porte-à-faux et les mouvements en hauteur. Dans une activité respectant ces limitations, l'assuré pouvait travailler à plein temps. Le Dr X. _____ a, pour le surplus, estimé que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à 15 %, par analogie avec une omarthrose droite moyenne à grave.

Le 7 juillet 2017, l'assuré a subi une intervention consistant en une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO). Le Dr G. _____ a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 25 septembre 2017 (certificat du 24 juillet 2017), qu'il a par la suite prolongée jusqu'au 31 octobre 2017. L'épaule était librement mobilisable après l'opération, en évitant toutefois la charge et le sport durant un mois.

Le 22 août 2017, le Dr X. _____ a estimé que l'état de santé de l'assuré devrait être stabilisé à trois mois après l'intervention, sans qu'un nouvel examen soit nécessaire.

Le 14 septembre 2017, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle mettait fin à la prise en charge du traitement et aux indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2017 et qu'elle statuerait ultérieurement sur le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision du 27 septembre 2017, la CNA a dénié le droit à la rente de l'assuré et a fixé à 15 % le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Nonobstant les arguments soulevés par l'assuré dans le cadre de son opposition (cf. courriers des 11 octobre, 9 novembre 2017 et 12 janvier 2018), la CNA a maintenu sa position dans sa décision sur opposition du 25 janvier 2018.

B. Par acte du 28 février 2018, D. _____, par l'entremise de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité. Subsidiairement, il a conclu au

renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que sa capacité de travail dans une activité adaptée ne dépassait pas 50 %, tel qu'attesté par le Dr G. _____ dans son rapport du 30 août 2016. A cet égard, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Par ailleurs, et indépendamment du taux d'incapacité de travail, il a contesté le calcul de son préjudice économique tel qu'effectué par l'intimée, soit en particulier le revenu avec invalidité constaté par la CNA.

Dans sa réponse du 18 juin 2018, la CNA, par l'intermédiaire de son mandataire, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr X. _____, elle a notamment estimé qu'une activité adaptée était pleinement exigible.

Répliquant le 29 août 2018, l'assuré a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise et a maintenu les critiques formulées dans son recours.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

3. A titre liminaire, on précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification).

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'invalidité est définie comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Il convient d'abord de constater qu'il n'est nullement contesté que la situation médicale du recourant est stabilisée depuis le mois d'octobre 2017 et que l'intéressé présente désormais une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de monteur de tentes.

b) Ensuite, s'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, l'intimée a retenu l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité permettant d'éviter le port de charges moyennes, surtout les bras en porte-à-faux, ainsi que les mouvements en hauteur. Ce

faisant l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr X._____. Le recourant conteste disposer d'une telle capacité de travail et allègue une capacité de travail maximum de 50 % dans une activité adaptée, en se référant au rapport établi le 30 août 2016 par le Dr G._____.

Or, les constatations du Dr X._____, fondées notamment sur son examen clinique du 20 février 2017, sont probantes. Son rapport du même jour comporte en effet une anamnèse, une appréciation de la situation médicale et des conclusions motivées, notamment quant à la capacité de travail exigible. A la suite de l'AMO pratiquée au mois de juillet 2017, le Dr X._____ a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé trois mois après l'intervention, sans qu'un nouvel examen soit nécessaire.

Il n'y a par ailleurs aucun motif de constater une incapacité de travail partielle du recourant dans une activité lui permettant d'éviter le port de charges moyennes avec son membre supérieur droit, en particulier les bras en porte-à-faux, ainsi que les mouvements en hauteur. On doit admettre, dans ce sens, que les mouvements au-dessus de l'horizontale avec le bras droit sont contre-indiqués en raison des douleurs qu'ils occasionnent. Le rapport du 30 août 2016 du Dr G._____ ne permet pas de remettre en cause les constatations du Dr X._____. Ce rapport a en effet été établi moins d'un mois après l'opération pratiquée le 13 juillet 2016. Il est bien évident, dans ce contexte, que l'incapacité de travail de 50 % attestée par le Dr G._____ dans une activité adaptée pour la période dès le 1^{er} octobre 2016, tenait compte d'un temps de récupération et de stabilisation après l'opération pratiquée pendant l'été. Or, il se trouve que l'intimée en a également tenu compte, puisqu'elle n'a mis fin aux indemnités journalières qu'une année plus tard.

En l'absence de tout autre élément médical contredisant les constatations du Dr X._____ figurant dans un rapport probant, il n'y a pas de motif de s'en écarter ni d'ordonner une expertise. Au final, l'intimée était fondée à reconnaître au recourant une pleine capacité de

travail dans une activité adaptée, sans port de charges moyennes, ni bras en porte-à-faux et mouvements en hauteur.

5. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, 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 qu'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 (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_778/2017 du 25 avril 2018 consid. 3). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 142 V 290 consid. 4 et 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1).

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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

b) En l'occurrence, l'intimée a fixé à 63'700 fr. (CHF 24.50 x 50 heures/semaine x 52 semaines) le revenu hypothétique sans invalidité du recourant, en se fondant sur les renseignements communiqués par son ancien employeur. Cette constatation ne prête pas flanc à la critique et n'est au demeurant pas contestée par le recourant.

c) S'agissant du revenu avec invalidité, tenant compte des restrictions formulées par le Dr X._____, l'intimée a consigné au dossier

les possibilités de gain sur l'ensemble du marché du travail équilibré, en se fondant sur les données salariales résultant des DPT. Le recourant conteste la sélection des DPT faite par l'intimée. Il soutient que certaines DPT prises en considération ne sont pas adaptées à son état de santé. En outre, les cinq DPT prises comme références porteraient sur des postes dont le salaire moyen était supérieur à l'ensemble des DPT correspondant aux limitations fonctionnelles admises.

Cette argumentation est infondée. La moyenne salariale des cinq DPT sélectionnées par la CNA (59'287 fr.) est certes légèrement supérieure à celle de l'ensemble des postes de travail entrant en considération (56'458 fr.). Ce faible écart ne suffit toutefois pas à invalider l'évaluation du revenu sans invalidité au moyen des cinq DPT en question. Par ailleurs, ces dernières paraissent adaptées aux limitations fonctionnelles. En particulier, l'activité décrite sous la DPT n° 10489 ne nécessite pas de lever les bras au-dessus de l'horizontale, par rapport aux épaules. Il s'agit en effet de travaux de finition dans l'horlogerie, qui se font en position assise, à hauteur des yeux avec les bras soutenus. Elle entraîne parfois le soulèvement de charges légères à moyennes, ce qui n'est pas incompatible avec les limitations fonctionnelles admises, dans la mesure où rien n'indique qu'il faudrait les soulever avec le seul bras droit ou avec les bras en porte-à-faux. Il n'en va pas différemment des deux autres DPT contestées par le recourant (n° 59892 et n° 5818).

d) Quoi qu'il en soit, une évaluation du revenu hypothétique avec invalidité fondée sur l'ESS ne conduirait pas davantage à l'admission du recours. Eu égard à l'activité de substitution que pourrait exercer le recourant dans une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de compétences 1) dans le secteur privé, soit en 2016, 5'340 fr. par mois (Office fédéral de la statistique [ci-après : OFS], Enquête suisse sur la structure des salaires 2016, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en

2016 (41,7 heures [OFS, Indicateurs du marché du travail 2018, p. 72]), ce montant doit être porté à 5'567 francs. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux chez les hommes de 2016 à 2017 (+ 0,4 % [OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, T 39]), on obtient un revenu mensuel de 5'589 fr. 30. Afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles susceptibles d'influer sur les perspectives salariales du recourant, l'intimée a en outre à juste titre procédé à un abattement de 10 % sur le salaire statistique (cf. ATF 126 V 75). A cet égard, on relève que les limitations fonctionnelles du recourant ont d'ores et déjà été prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail du point de vue médical et que, par ailleurs, des facteurs tels que le manque de formation ou les difficultés linguistiques ne constituent pas, au regard des activités qui sont accessibles au recourant, des facteurs susceptibles d'avoir une influence sur ses perspectives salariales, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

Il s'ensuit que le revenu mensuel d'invalidé s'élève à 5'030 fr. 40, soit annuellement 60'364 fr. 80. La perte de gain se monte ainsi à 3'335 fr. 20 (63'700 - 60'364 fr. 80) et le degré d'invalidité à 5 % ($[(63'700 - 60'364) / 63'700 \text{ fr. } 80] \times 100$). En présence d'un préjudice inférieur à 10 %, le droit à la rente n'est pas ouvert.

6. L'instruction du dossier permettant de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle évaluation pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une expertise comme le requiert le recourant, cette mesure n'apparaissant pas susceptible de remettre en question les conclusions du Dr X._____.

7. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 25 janvier 2018 par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Claudio Venturelli (pour D. _____) ;
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse 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 :