

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 janvier 2013

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Pasche et M. Merz
Greffière : Mme Pradervand

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat à Montreux,

et

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

Art. 4, 6, 7, 8 et 16 LPGA; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après: assuré ou recourant), né en 1960, travaillait pour l'entreprise M._____SA, [...]. Le 29 janvier 2008, il a été victime d'un accident de travail. Son employeur a annoncé le sinistre à son assurance obligatoire contre les accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA ou intimée), le 11 février suivant. Il a décrit l'accident comme suit : «A mis le pied dans un plancher troué et en se retenant s'est fait mal au bras»; il précisait que l'assuré avait subi une luxation de l'épaule droite. La CNA a annoncé le cas à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), dans le cadre d'une procédure de détection précoce.

D._____ s'est fait traiter à l'Hôpital V._____, où une imagerie par résonance magnétique de l'épaule droite a été pratiquée le 27 mars 2008 (rapport du 28 mars 2008 du docteur A._____, radiologue). Se référant notamment à cet examen, le docteur J._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de déchirure partielle du tendon du muscle sous-scapulaire de l'épaule droite et probable déchirure partielle de la face inférieure du tendon du muscle sus-épineux post-traumatique de la même épaule, dans un rapport du 11 avril 2008 adressé à la CNA. Le docteur F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatique, a opéré l'assuré le 2 mai 2008, pour une décompression sous-acromiale et acromio-claviculaire, avec suture à ciel ouvert (protocole opératoire du 5 mai 2008).

B. Depuis son enfance, D._____ porte une prothèse oculaire à gauche. Dès le 6 juin 2008, il a présenté une inflammation, puis une infection de la poche lacrymale à gauche (dacryocystite), pour laquelle il a été hospitalisé pendant six jours à l'Hôpital Z._____ du 8 au 13 juin 2008. Le 13 août 2008, il a subi une intervention chirurgicale, en raison de l'obstruction de son nez et des poches lacrymales, liée à l'infection survenue en juin 2008. Le 23 septembre 2008, il s'est soumis à une nouvelle intervention pour la réfection du cul de sac palpébral (rapport du

27 janvier 2009 du docteur E._____ au docteur C._____, tous deux ophtalmologues).

C. Parallèlement à cette dacryocystite, l'assuré a présenté une complication de déhiscence de la cicatrice post-opératoire à l'épaule droite. Le 16 juin 2008, le docteur F._____ a revu l'assuré à sa consultation et a constaté une évolution favorable. Il a proposé la poursuite du traitement physiothérapeutique, avec une reprise du travail à 50% dès le 4 août 2008 (rapport du 17 juin 2008). Le 18 juin 2008, le docteur J._____ a constaté une légère déhiscence de la plaie opératoire; il a changé le pansement, ainsi que les 20, 23 et 27 juin 2008. Le 30 juin 2008, le docteur F._____ a cautérisé la plaie. Dans un rapport du 19 août 2008, le docteur J._____ a constaté que la déhiscence bourgeonnante de la cicatrice était désormais fermée et calme.

En raison de la persistance des douleurs et d'une impotence fonctionnelle de l'épaule droite, l'assuré a séjourné du 25 novembre au 24 décembre 2008 à la Clinique M._____, à [...]. Des radiographies de contrôle pratiquées le 27 novembre 2008, ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique n'ont toutefois pas mis en évidence de signe d'abcès ou d'infiltration, ni de lésion de la coiffe des rotateurs ou du long chef du biceps. Les structures osseuses étaient normales. Finalement, seuls quelques artefacts dus au status post-opératoire, avec une légère atrophie du supra-épineux, ont été mis en évidence. Un consilium psychiatrique par le docteur N._____, psychiatre et psychothérapeute, n'a pas démontré d'atteinte à la santé psychique. Il a néanmoins révélé un sentiment d'insécurité chez un assuré considérant qu'il y avait encore un risque de récurrence de complications au niveau de son épaule. Les explications relatives au bon résultat de l'opération à laquelle il s'était soumis n'avaient pas permis de le rassurer. L'assuré avait été pris en charge en physiothérapie individuelle et en groupe. Il avait fait preuve de ponctualité, mais aussi d'autolimitations. En fin de séjour, il déclarait n'avoir remarqué aucune amélioration de ses capacités physiques. Objectivement, il n'y avait pas eu de progrès fonctionnel de l'épaule droite et l'assuré présentait beaucoup d'incohérences (par exemple, la force à la

sortie de la Clinique était moindre qu'à l'entrée pour les deux bras, ce qui ne pouvait être expliqué par des raisons objectives). Dans ce contexte, il n'y avait pas d'indication à la poursuite ambulatoire de la physiothérapie, mais des exercices à domicile avaient été proposés (rapport de sortie du 21 janvier 2009 des docteurs R._____, rhumatologue, et K._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologue; rapport du 5 janvier 2009 du docteur N._____).

Le 17 mars 2009, le docteur S._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatique, a procédé à un examen clinique de l'assuré, lors duquel ce dernier lui a notamment fait part de douleurs persistantes à l'épaule droite, irradiant dans la nuque avec sensations d'énervement. Les symptômes étaient variables. Il souffrait notamment de douleurs insomniantes, la nuit, et de sensations de vertige lorsqu'il se couchait. Par ailleurs, il se plaignait de douleurs rétro-auriculaires gauches avec irradiation dans la nuque, ainsi que de douleurs de l'épaule gauche irradiant dans le bras. Objectivement, le docteur S._____ a constaté que l'épaule droite était modérément démusclée ainsi que limitée en flexion, abduction, extension et dans les rotations. Par contre, la force de rotation externe active contre résistance était bien conservée, traduisant une bonne fonction de la coiffe. Les rotateurs internes paraissaient affaiblis. Il y avait une diminution de la force de serrage de la main droite, mais qui s'était nettement améliorée par rapport à l'examen pratiqué en septembre 2008. L'amyotrophie mesurée au bras et à l'avant-bras était très modérée. La situation était stabilisée d'un point de vue asséculo-logique. L'activité comme opérateur de constructions métalliques n'était plus exigible; en revanche, toute activité ne demandant pas de gestes au-dessus du niveau des épaules, d'effort, de mouvement répétitif ou en force des membres supérieurs était exigible sans limitation de temps ni de rendement. Finalement, le docteur S._____ proposait de constater un taux d'atteinte à l'intégrité de 15% correspondant à une épaule enraidie, conservant une mobilité jusqu'à l'horizontale. Il a considéré que l'infection de la poche lacrymale à gauche n'était pas en relation de causalité avec l'accident assuré (rapport du 17 mars 2009).

Le 24 mars 2009, la CNA a refusé de prendre en charge les suites de l'infection de la poche lacrymale à gauche, au motif que celle-ci n'avait pas été causée par l'accident du 29 janvier 2008. D._____, de même que son assurance-maladie, U._____, SA, se sont opposés à ce refus, par oppositions des 3 et 20 avril 2009.

Le 24 août 2009, la doctoresse G._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, membre de l'équipe de médecine des assurances de la CNA, a pris position sur le dossier et exposé qu'une dacryocystite causée par l'infection d'une plaie opératoire à l'épaule lui paraissait peu vraisemblable; elle a néanmoins demandé à ce qu'on lui communique le résultat des prélèvements bactériologiques à l'œil et à l'épaule droite, pour vérifier s'il s'agissait du même agent infectieux. Le 29 octobre 2009, à réception du rapport de sortie de l'Hôpital V._____, établi le 30 juin 2008, ainsi que des résultats des prélèvements bactériologiques effectués, elle a nié l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et la dacryocystite. Ce lien ne pouvait être totalement exclu, mais paraissait peu vraisemblable.

Par décision sur opposition du 3 novembre 2009, la CNA a confirmé son refus de prendre en charge le traitement et les suites de la dacryocystite. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

D. Entre-temps, le 23 septembre 2009, M._____, SA a résilié le contrat de travail qui la liait à l'assuré, avec effet au 31 décembre 2009, au motif qu'elle ne pouvait pas lui procurer une activité adaptée à son état de santé.

Le 5 novembre 2009, D._____ a consulté le docteur P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Ce médecin a notamment exposé ce qui suit, dans une lettre du 6 novembre 2009 au docteur H._____, médecin praticien:

«[...]»

Je ne reviendrai pas sur les détails du cas, que vous décrivez très bien dans votre courrier. En résumé, le patient a été opéré en janvier 2008 par le Dr F. _____ pour une rupture de coiffe de l'épaule D. Il s'en est suivi une infection qui a créé un problème, de ce que j'ai cru comprendre par le patient, un sepsis avec de multiples infections récurrentes par la suite. De façon plus localisée, l'épaule a continué à lui faire mal, et de plus, est limitée dans la fonction. Vous me l'adressez pour avis.

Le status local montre une épaule calme, par contre avec une limitation conséquente de la fonction articulaire, en particulier des mouvements combinés main-nuque main-lombe impossibles, et des tests de conflit positifs en abduction-rotation externe et rotation interne. Les Rx standards ne montrent rien de bien particulier, si ce n'est une petite calcification. L'IRM de décembre 2008 ne montre pas de nouvelle atteinte de la coiffe des rotateurs, ni de diminution de l'espace sous-acromial.

En résumé, je pense qu'il s'agit donc probablement d'un status adhérentiel en relation avec les problèmes septiques postopératoires, qui actuellement limitent la fonction articulaire, et occasionnent des douleurs.

En ce qui me concerne, j'avoue que compte tenu des problèmes infectieux, je n'oserais pas y retourner sur le plan chirurgical. Comme je l'ai expliqué au patient, je pense qu'il y a plus de risques de nouvelles complications que de chances de l'améliorer. On peut éventuellement adresser le patient à un service universitaire. Je suis malheureusement aux regrets de ne pas pouvoir vous aider dans la prise en charge de ce cas compliqué.

[...]»

A la suite de cet examen, le docteur P. _____ a adressé l'assuré au Centre Hospitalier Q. _____, où le docteur T. _____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie, l'a notamment examiné le 7 janvier 2010, après avoir fait réaliser une arthro-IRM de l'épaule droite. Dans un rapport du 12 janvier 2010 au docteur H. _____, il a posé les diagnostics de tendinopathie du sus-épineux sur status post réparation par arthrotomie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromio-plastie et résection de la clavicule distale, ainsi que de status post infection profonde post-opératoire traitée conservativement. L'évolution était «stagnante, avec persistance de douleurs de l'épaule droite à la mobilisation, mais également au repos». Il s'agissait de douleurs chroniques de type inflammatoire avec à l'examen IRM une coiffe en continuité, mais présentant un état dégénératif. Même si l'on ne pouvait exclure une infection à 100%, cette dernière semblait peu probable, de sorte qu'il n'y avait pas d'indication à une reprise

chirurgicale. Le docteur T._____ proposait de reprendre une physiothérapie douce à but antalgique, puis, «sous réserve d'une baisse des douleurs dans un second temps, une physiothérapie plus tonique». Pour l'avenir, une activité professionnelle nécessitant une mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, des mouvements répétitifs ou des travaux d'intensité lourde à moyenne semblait compromise.

Le docteur T._____ a revu l'assuré le 25 février 2010. Dans un rapport établi le lendemain, il a posé le diagnostic de cervico-brachialgies bilatérales avec tendinopathie du sus-épineux droit sur status post réparation par arthrotomie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il a notamment exposé ce qui suit:

«[...]

Eléments d'anamnèse:

«L'évolution est stagnante avec persistance de douleurs de l'épaule droite qui irradient ce jour au niveau de la colonne cervicale avec également des douleurs au niveau de l'épaule gauche. Les séances de physiothérapie combinées à sec et en piscine n'ont pas amené d'amélioration. Le patient se plaint de douleurs intenses à la mobilisation des 2 épaules prédominantes à droite, mais également au repos avec des douleurs nocturnes. Il présente également une impotence fonctionnelle.

Examen clinique:

Epaule droite: amyotrophie de la ceinture scapulaire droite globale. Mobilisation active flexion 90°, abduction 80°, rotation interne L1, rotation externe 60°. Test de Jobe non réalisable en raison des douleurs mais arrive à tenir l'abduction. Force symétrique en rotation externe. Belly-press test négatif. Pas de trouble neurologique.

Discussion:

Le patient présente une évolution stagnante malgré un traitement de physiothérapie combiné à sec et en piscine, je demande un avis spécialisé par l'équipe de réhabilitation de l'Hôpital L._____. J'organise un rendez-vous à la consultation du Dr X._____ début mai 2010 pour évaluation et prise en charge. Dans l'intervalle, le patient continue son traitement antalgique instauré et reste à 100% d'arrêt de travail. Pour le futur, tout travail manuel lourd me semble contre-indiqué. Je n'ai pas prévu de revoir le patient à ma consultation.

[...]»

Le docteur X._____, médecin praticien, a examiné l'assuré le 4 mai 2010. Dans un rapport du même jour, il a indiqué ce qui suit:

«Diagnostics:

- Tendinopathie chronique du sus-épineux ddc.
- Status après réparation de la coiffe des rotateurs avec acromioplastie et résection de la clavicule distale le 02.05.2008, compliquée d'une infection profonde en post-opératoire.
- Déconditionnement musculaire.

Votre patient a été victime d'un traumatisme le 29.01.2008 avec une lésion de la coiffe des rotateurs qui sera traitée chirurgicalement le 02.05.2008. Malheureusement, environ 1 mois après, apparition d'un écoulement avec infection qui nécessitera 6 jours de prise en charge hospitalière à l'Hôpital Z._____. Un traitement physiothérapeutique est effectué par la suite. Le patient a séjourné à la Clinique M._____ fin 2008 où on aurait, selon ses dires, conclu qu'une nouvelle activité professionnelle devrait être envisagée et qu'il ne pourrait pas retourner à son ancienne activité. Un avis orthopédique est pris ici à l'Hôpital L._____ en novembre 2009, vu la persistance des douleurs. Une arthro-IRM est effectuée faisant évoquer surtout une tendinopathie dégénérative et inflammatoire. Une ponction de l'épaule a eu lieu excluant une infection profonde. Un traitement physique est proposé fait en piscine à [...], mais le patient n'a pas noté de grand changement. Dans ce contexte, Monsieur D._____ m'est adressé pour prise en charge.

Plaintes actuelles:

Epaule droite: Persistance des douleurs avec impotence fonctionnelle. Tout travail au-dessus de l'horizontale est décrit comme impossible.

Décompensation au niveau cervico-scapulaire avec des douleurs irradiant au niveau de la nuque. Il signale aussi des mêmes gênes apparaissant maintenant à gauche avec une limitation fonctionnelle un peu moins importante.

Anamnèse socio-professionnelle:

Patient d'origine de [...], en Suisse depuis 82. Il a travaillé comme aide mécanique dans la fabrication de tubes en inox et ceci depuis 1997. Il est en arrêt de travail depuis le 29.01.2008, licencié avec démarches AI en cours.

Il est marié, père de 3 enfants de 16, 18 et 23 ans.

Sur le plan médicamenteux, prise de Méfénacide, Voltaren, Dafalgan et un somnifère x.

A l'examen clinique:

Patient pesant 84 kg pour une taille de 162 cm.
Enroulement et abaissement des épaules, mais symétrique. Discrète fonte du sus-épineux.
Augmentation de la cyphose avec les flèches suivantes: 13/7/0/5/0.

Au niveau cervical: Flexion/extension: 0/16 cm. Rotation droite/gauche: 50/0/50.

Au niveau des épaules: La mobilité en flexion est à 70° à droite contre 130° à gauche. Abduction à 70° à droite contre 110° à gauche. Rotation externe de 20° à droite et à gauche avec une rotation interne impossible à droite contre L3 à gauche. Toutefois la mobilité passive en flexion et en abduction de l'épaule gauche est quasi complète. Le testing de la coiffe des rotateurs montre des signes de conflit sous-acromial.

La palpation de l'angulaire de l'omoplate et des rhomboïdes est douloureuse et tendue ddc.

Le test UNLT déclenche des douleurs au niveau de l'épaule à droite à partir de 50° de flexion du coude.

Bilan radiologique:

Radiographie de l'épaule droite et gauche du 19.11.2009: Présence d'un status après résection acromioclaviculaire à droite avec une petite calcification osseuse en regard de l'acromion montrant des signes indirects d'une tendinopathie au niveau du trochiter.

Au niveau de l'épaule gauche, présence d'un acromion crochu avec ici aussi des signes indirects d'une tendinopathie sous forme de kyste au niveau du trochiter.

Radiographie de la colonne cervicale face/profil + obliques 4.5.2010: montre des discopathies C3/C4, C5/C6 avec petit ostéophyte antérieur sur une arthrose facettaire C5/C6. Il n'y a aucune compression sur les obliques au niveau des foramens.

Appréciation:

Votre patient présente donc des douleurs au niveau des épaules dans le contexte d'une tendinopathie chronique. Malheureusement à droite une infection avait compliqué l'intervention chez un patient présentant des faiblesses de la coiffe des rotateurs sans signe de capsulite actuellement.

Ici la poursuite du traitement conservateur devrait permettre d'améliorer un peu la fonction, mais je crains que nous intervenions un peu tard dans ce contexte pour obtenir un résultat mirobolant. L'échec à la Clinique M. _____ de la SUVA ne me laisse guère d'espoir à long terme en ce qui concerne la disparition de la symptomatologie. En effet, M. D. _____ reste très fixé sur ses douleurs.

Concernant l'épaule gauche qui présente une décompensation de la coiffe des rotateurs en raison d'un surmenage secondaire au problème droit, elle devrait aussi répondre à un traitement physique, mais cette fois-ci avec des exercices réguliers.»

Une imagerie par résonance magnétique de l'épaule gauche, pratiquée le 9 juin 2010 par le docteur B._____, radiologue, a mis en évidence une discrète bursite sous-deltoïdienne en relation avec un conflit sous-acromial (bec sous-acromial antérieur, réalisant un acromion de type III), ainsi qu'une petite déchirure trans-tendineuse distale du sus-épineux, sans rétraction ni atrophie (rapport du 10 juin 2010 du docteur B._____).

Le 20 juillet 2010, le docteur X._____ a écrit au docteur H._____ pour l'informer d'une situation stationnaire, malgré la physiothérapie. Il a précisé:

«On a beau expliquer à M. D._____ l'absence de dangerosité, ceci ne change rien. Le patient est convaincu que le problème est ailleurs. Dans ce contexte, je ne vois pas l'utilité de poursuivre le traitement physique actuellement. Peut-être qu'on peut l'aider avec des anti-inflammatoires, plutôt retard, et le patient viendra chez vous pour en discuter. Nous terminons ici notre prise en charge, mais une nouvelle prise en charge pourrait être envisagée d'ici 3 mois.»

Le 18 août 2010, l'OAI a notifié à l'assuré un préavis par lequel il l'a informé de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2009. D._____ a contesté ce préavis.

Le 29 septembre 2010, le docteur H._____ a adressé un rapport médical à l'OAI, dans lequel il résume l'évolution de la situation depuis l'accident. Il a notamment indiqué:

«[...]

Parallèlement et depuis février 2010, le patient présente des douleurs de l'épaule gauche avec des signes de conflit sous-acromial. L'IRM de l'épaule gauche, en date du 09.06.2010, a montré une discrète bursite sous deltoïdienne en relation avec un conflit sous-acromial (bec sous-acromial antérieur réalisant un acromion de type III et une petite déchirure trans-tendineuse du sus-épineux). Des séances de physiothérapie n'ont pas eu l'effet escompté.

Aussi, le patient est adressé au Professeur W._____ à l'Hôpital L._____ de [...]. Le rendez-vous est pris pour le 23.11.2010.

A l'examen des épaules, la flexion est limitée à 90° à droite contre 180° à gauche, abduction limitée à 40° à droite contre 70° à gauche. Rotation externe à 0° à droite contre 50° à gauche, avec une rotation interne impossible à droite.

En conclusion, le patient présente des douleurs de l'épaule droite post-traumatiques et un conflit sous-acromial de l'épaule gauche.

[...].»

Par décision du 26 octobre 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2009. Cette décision a fait l'objet d'un recours que la Cour de céans a rejeté par jugement séparé de ce jour (cause AI 404/10).

E. Parallèlement à la procédure en matière d'assurance-invalidité, par décision du 26 novembre 2010, la CNA a mis fin à la prise en charge du traitement médical et à l'octroi d'indemnités journalières avec effet dès le 31 décembre 2010; elle a alloué à l'assuré une rente fondée sur un taux d'invalidité de 11%, dès le 1^{er} janvier 2011, ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 15%, en raison des séquelles accidentelles présentées par l'assuré à son épaule droite. L'assuré a fait opposition.

La CNA a confirmé ces prestations par décision sur opposition du 25 mars 2011. Elle a en particulier refusé la prise en charge du traitement de l'épaule gauche de l'assuré ainsi que l'octroi d'indemnités journalières en relation avec la poursuite de ce traitement, au motif que les atteintes de cette épaule n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident assuré. Elle fondait notamment ce constat sur une appréciation médicale du dossier effectuée par le docteur I._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA (rapport du 18 mars 2011).

Pour établir le taux d'invalidité de 11% qu'elle reconnaissait à l'assuré, la CNA a considéré que sans atteinte à la santé, celui-ci aurait pu réaliser un revenu de 4'712 fr. par mois en 2010 auprès de son ancien employeur; compte tenu des atteintes à son épaule droite, il ne pouvait plus réaliser qu'un revenu mensuel de 4'211 francs. La CNA se fondait,

pour établir ce dernier revenu, sur cinq descriptions de postes de travail (DPT), tirées d'une base de données interne.

F. Par acte du 19 avril 2011, D._____ a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 25 mars 2011. Il conclut, en substance, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle prenne en charge tous les frais de traitement de son épaule gauche et qu'elle alloue une rente fondée sur un taux d'invalidité de 17%, sous suite de frais et dépens. A l'appui de son recours, il a notamment déposé un extrait d'un rapport de son employeur à l'OAI, relatif aux salaires qui lui ont été versés entre 2006 et 2008 et un rapport du 19 juillet 2010 du docteur O._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Il a requis, à titre de moyen de preuve, que les parties soient entendues.

Le recourant a déposé une demande d'assistance judiciaire. Par ordonnance du 2 mai 2011, le Tribunal a désigné d'office Me Aba Neeman pour la défense des intérêts du recourant.

L'intimée a répondu au recours le 8 juillet 2011, en concluant à son rejet.

Le recourant s'est déterminé à nouveau les 22 et 29 août 2011, en maintenant ses conclusions. Il a déposé un rapport établi le 18 août 2011 par le docteur H._____ faisant état, entre autres affections, d'un «conflit sous-acromial gauche post-traumatique de type petite déchirure transtendineuse du sus-épineux» et attestant un lien de causalité entre l'accident et les lésions de l'épaule gauche.

L'intimée a déposé une duplique le 15 septembre 2011, en concluant derechef au rejet du recours.

Le 20 avril 2012, le recourant a produit un nouveau rapport médical, établi le 9 avril 2012 par le docteur Y._____, neurologue, à l'intention du docteur H._____. Ce rapport est établi comme suit:

«Diagnostic:

- Cervicobrachialgies droites d'origine indéterminée.

Anamnèse:

Tout débute, le 29 janvier 2008, par une chute de faible hauteur durant laquelle son pied droit s'enfonce dans le plancher. Le patient amortit le choc avec les mains. C'est depuis cette date qu'il développe des douleurs aux épaules. Quelques mois plus tard, on procède à une acromioplastie et une suture des muscles sus-scapulaire et supra-épineux, intervention qui se complique d'une infection. Depuis cette date, la situation est peu favorable avec des douleurs qui se maintiennent, surtout à l'épaule droite, irradiant dans la nuque, la tête et finalement, tout le rachis, culminant la nuit, engendrant un sommeil non réparateur. Sur le plan moteur, il a perdu la force de son bras qui lui paraît lourd. Il signale également une importante perte sensitive avec, parfois, l'impression que le bras est 'mort', surtout la nuit. La manoeuvre de Valsalva n'a aucun impact sur les douleurs.

Examen neurologique:

Nuque: douloureuse à la palpation, même légère, ainsi qu'à l'appui axiale, elle ne se laisse pratiquement pas mobiliser. Absence de contracture, notamment au niveau du trapèze. Pas de souffle sous-clavier au test du chandelier.

Membres supérieurs: Mingazzini tenu à gauche, difficile à droite, normotonie, l'examen segmentaire contre résistance fait ressortir un lâchage de tous les groupes musculaires du membre supérieur droit, aussi bien au niveau de la ceinture scapulaire que des extenseurs ou des fléchisseurs des doigts, y compris la musculature intrinsèque de la main. Lorsque le testing peut être fait simultanément des deux côtés (écartement des doigts, abduction du 5e doigt, court abducteur du pouce), la force est conservée. Réflexes moyennement vifs (+++), symétriques, pas de signe de Hoffmann. Hypoesthésie thermotactile sur l'ensemble du membre supérieur droit, se prolongeant sur l'hémithorax dans ses parties antérieure et postérieure, respectant la ligne médiane, pallesthésie et sens positionnel intacts. Pas de dysmétrie aux épreuves cérébelleuses.

ELECTROMYOGRAPHIE

Muscles	Fib.	Post. pos	Fasc	Commentaires
Deltôïde D	0	0	0	Tracé diminué, non maximum, potentiels d'unités motrices jusqu'à 1.5 mV
Supra-scapulaire	0	0	0	Tracé diminué, non

D Infra- scapulaire D	0	0	0	maximum, potentiels d'unités motrices jusqu'à 2.0 mV Tracé diminué, non maximum, potentiels d'unités motrices jusqu'à 2.0 mV
--------------------------------	---	---	---	--

Appréciation:

Lors d'une chute d'une faible hauteur avec amortissement avec les mains, ce patient s'est fait une déchirure au niveau des muscles sus-scapulaire et supra-épineux droits, nécessitant un traitement chirurgical. Depuis, les scapulalgies sont intenses se prolongeant sur la nuque et même l'ensemble du scalp, ainsi que dans la région deltoïdienne. Elles s'accompagnent d'une perte de force et d'une baisse de sensibilité intermittente. L'examen neurologique est peu contributif dans la mesure où le testing musculaire ne fait guère ressortir - à droite - que des lâchages de tous les groupes musculaires, aussi bien proximale et distalement. Un élément rassurant, cependant, la bonne conservation de la force, lorsque l'on peut tester simultanément les deux côtés. Sur le plan sensitif, le déficit intéresse l'ensemble des territoires radiculaires et tronculaires du membre supérieur droit, débordant sur l'hémithorax. A nouveau, les déficits ne peuvent être valorisés dans la mesure où il respecte la ligne médiane, ce qui ne correspond pas à une distribution anatomique. On note, par ailleurs, des signes de non organicité de Waddell. L'exploration à l'aiguille ne fait pas ressortir de signe de dénervation aiguë ni ancienne dans le myotome C5 droit.

Sur le plan strictement neurologique, les examens clinique et électromyographique ne donnent aucun argument pour une atteinte radiculaire ou tronculaire sous-jacente, susceptible d'expliquer les plaintes de ce patient.»

Le 20 novembre 2012, le Tribunal a informé les parties du fait que leur interrogatoire ne paraissait pas nécessaire à l'instruction de la cause et qu'un jugement serait rendu en principe avant la fin du mois de janvier 2013.

En droit :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS

172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge du traitement de son épaule gauche par l'intimée, ainsi qu'à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 17%. Le droit à la poursuite du paiement d'indemnités journalières pour la période postérieure au 31 décembre 2010, de même que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée dans la décision sur opposition litigieuse ne sont en revanche pas contestés par le recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

3. a) L'intimée refuse de prendre en charge le traitement de l'épaule gauche du recourant après avoir constaté l'absence de rapport de causalité naturelle entre les atteintes de cette épaule et l'accident assuré. Le recourant soutient, pour sa part, que le lien de causalité en question est établi par différents rapports médicaux au dossier, auxquels il se réfère.

b) aa) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique (art. 4 LPGA).

bb) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^{ème} éd., no 79 p. 865).

cc) 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 LPG), 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 (ATF 125 V 352 ss 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 p. 469 sv.). 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 assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

c) aa) En l'espèce, il est établi que le recourant a subi une rupture de la coiffe des rotateurs en projection du sous-scapulaire et du sus-épineux, à droite. En raison de cette atteinte, il s'est soumis à une intervention chirurgicale le 2 mai 2008 (décompression sous-acromiale, acromio-claviculaire et suture à ciel ouvert; cf. protocole opératoire du 5 mai 2008, établi par le docteur F._____). Par la suite, il a subi une complication sous la forme d'une déhiscence de la cicatrice post-opératoire, en juin 2008. Le docteur F._____ a cautérisé la plaie le 30 juin 2008. Le recourant se plaint depuis lors d'une persistance des douleurs et présente une impotence fonctionnelle de l'épaule droite. Des radiographies de contrôle pratiquées le 27 novembre 2008 à la Clinique M._____, ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique, n'ont toutefois pas mis en évidence de signe d'abcès ou d'infiltration, ni de

lésion de la coiffe des rotateurs ou du long chef du biceps (rapport de sortie de la Clinique M._____, du 21 janvier 2009). Une arthro-IRM réalisée à la fin du mois de décembre 2009 au Centre Hospitalier Q._____ n'a pas confirmé une suspicion de récurrence de rupture du tendon sus-épineux et a mis en évidence une coiffe des rotateurs en continuité, mais présentant un état dégénératif (rapport du 12 janvier 2010 adressé par le docteur T._____ au docteur H._____).

En ce qui concerne l'épaule gauche, une radiographie pratiquée le 19 novembre 2009 a permis de constater un acromion crochu avec des signes indirects d'une tendinopathie, sous forme de kyste au niveau du trochiter (rapport du 4 mai 2010 du docteur X._____ au docteur H._____). Le 9 juin 2010, une imagerie par résonance magnétique de l'épaule gauche a conduit le docteur B._____ à poser le diagnostic de discrète bursite sous-deltoïdienne en relation avec un conflit sous-acromial, ainsi qu'une petite déchirure trans-tendineuse du sus-épineux, sans rétraction ni atrophie (rapport du 10 juin 2010). Enfin, le recourant, qui était porteur d'une prothèse oculaire à gauche, a souffert d'une dacryocystite qui a nécessité six jours d'hospitalisation en juin 2008, puis deux interventions chirurgicales les 13 août et 23 septembre 2008. Le recourant ne soutient plus, dans la présente procédure de recours, que cette atteinte à l'œil gauche serait en relation de causalité avec l'accident, ce qui a déjà été tranché, au demeurant, par la décision sur opposition rendue le 3 novembre 2009 par l'intimée. Cette décision est entrée en force.

bb) Dans sa détermination du 22 août 2011, le recourant allègue qu'au moment de l'accident du 29 janvier 2008, il était en train de diriger des tubes en inox, lourds d'une tonne, vers un char. C'est en reculant qu'il a mis le pied dans un trou et qu'il a chuté sur ses deux épaules. Depuis lors, ses deux épaules lui font mal et il souffre de douleurs à la nuque.

Ces allégations relatives à une chute sur les épaules et à des douleurs des deux épaules depuis lors ne sont pas établies par les pièces

du dossier. Dans l'acte de recours lui-même, d'ailleurs, le recourant alléguait s'être blessé au niveau du bras droit lors de l'accident (allégué 3), ce qui paraît contradictoire avec ses autres allégués relatifs à des douleurs au niveau des deux épaules depuis le jour de l'accident (allégué 9 du mémoire de recours et détermination du 22 août 2011). La déclaration d'accident remplie par l'employeur le 11 février 2008 fait état d'une luxation de l'épaule droite, l'assuré ayant mis le pied dans un plancher troué et s'étant fait mal au bras. Par ailleurs, lors d'un entretien avec un collaborateur de l'intimée, le 26 août 2008, l'assuré n'a décrit que des douleurs de l'épaule droite; il a expliqué qu'il tenait un paquet de tubes sur l'épaule gauche et qu'en chutant, après avoir mis le pied dans un trou du plancher, du char sur lequel il se trouvait, il s'était retenu avec le bras droit, ayant lâché la télécommande tenue de la main droite. Ces explications et la déclaration d'accident contredisent nettement la version des faits d'après laquelle le recourant serait tombé sur les deux bras. Dans le même sens, les allégations relatives à des douleurs de l'épaule gauche dès l'accident ne sont pas corroborées par les rapports médicaux établis dans les suites de cet accident, qui ne font état que d'atteintes à l'épaule droite et non à l'épaule gauche (parmi d'autres: rapport médical intermédiaire du 11 avril 2008 du docteur J._____, rapport du 17 septembre 2008 du docteur S._____.). Les premières mentions de plaintes relatives à l'épaule gauche datent du séjour à la Clinique M._____ du 25 novembre au 24 décembre 2008, mais les douleurs de l'épaule droite restaient nettement prédominantes. Le rapport de physiothérapie établi le 23 décembre 2008 dans cette clinique précise ainsi que l'assuré avait fait état d'une impossibilité à effectuer des loisirs (foot) en raison de l'épaule droite, et ne mentionne sur ce point qu'une «difficulté modérée hypothétique de l'autre côté»; l'assuré voyait son sommeil perturbé par la douleur, avec des douleurs insomniantes à droite et aux changements de position à gauche, et ne pouvait pas travailler avec le bras droit au-dessus du cou, ou avec le bras gauche au-dessus de la tête. Dans le même sens, la force mesurée avec le dynamomètre en abduction était de 1,4 kg à droite et 2,3 kg à gauche (contre 2,3 kg à droite et 4,8 kg à gauche à l'entrée).

Par la suite, lors de l'examen médical qu'il a pratiqué le 17 mars 2009, le docteur S._____ a noté que l'assuré lui faisait part de douleurs à l'épaule droite irradiant dans la nuque avec sensations d'énervement, ainsi que de douleurs rétro-auriculaires gauches avec irradiation dans la nuque. Concernant l'épaule droite, l'assuré avait décrit une importante limitation qui semblait être améliorée par la physiothérapie, mais les mouvements actifs n'étaient toujours pas possibles au-dessus de l'horizontale. La description des clichés radiographiques réalisés le 27 novembre 2008 au Centre Hospitalier Q._____ porte sur les deux épaules, étant précisé que les clichés de l'épaule gauche étaient normaux. En ce qui concerne, enfin, l'évolution de l'état de santé du recourant depuis l'examen du 17 mars 2009 par le docteur S._____, les douleurs de l'épaule gauche se sont progressivement aggravées, nécessitant un nouvel examen radiographique le 19 novembre 2009. Celui-ci a permis de constater un acromion crochu avec des signes indirects d'une tendinopathie, sous forme de kyste au niveau du trochiter. Dans un rapport du 26 février 2010 à l'intention du Dr X._____, le docteur T._____ a posé le diagnostic de cervico-brachialgies bilatérales avec tendinopathie du sus-épineux droit et le docteur B._____ a finalement diagnostiqué une discrète bursite sous-deltaïdienne en relation avec un conflit sous-acromial, ainsi qu'une petite déchirure trans-tendineuse du sus-épineux, sans rétraction ni atrophie, sur la base d'une IRM réalisée en juin 2010.

Compte tenu de ce qui précède, on doit constater que lors de l'accident du 29 janvier 2008, le recourant est tombé et s'est retenu avec le bras droit. Il a subi une déchirure de la coiffe des rotateurs à droite, qui a été traitée chirurgicalement. Jusqu'en novembre 2008, il n'a pas fait état de douleurs de l'épaule gauche. En revanche, de telles douleurs sont apparues et se sont aggravées progressivement depuis lors, sans pour autant prendre le dessus par rapport à la symptomatologie de l'épaule droite. Une tendinopathie, puis une discrète bursite sous-deltaïdienne en relation avec un conflit sous-acromial, ainsi qu'une petite déchirure transtendineuse du sus-épineux, sans rétraction ni atrophie, ont finalement été mises en évidence respectivement en novembre 2009 et

juin 2010. Un rapport de causalité direct entre ces atteintes et l'accident est improbable, compte tenu de la chronologie décrite ci-avant. Par ailleurs, un lien de causalité indirect, en ce sens que les douleurs de l'épaule droite auraient conduit le recourant à surcharger son épaule gauche, constitue une hypothèse possible, mais qui ne peut être tenue pour établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Le rapport du 4 mai 2010 du docteur X._____, qui mentionne une décompensation de la coiffe des rotateurs en raison d'un surmenage secondaire au problème droit, plaide dans le sens d'une telle relation de causalité indirecte. Mais cet avis, cité sans autre commentaire par le docteur O._____ dans son rapport du 19 juillet 2010, n'est pas autrement motivé et l'on voit mal pourquoi les atteintes constatées ne pourraient pas, de manière au moins aussi vraisemblable, résulter d'une simple dégénérescence chez un assuré âgé de 48 ans lorsque les premières douleurs de l'épaule gauche sont apparues. Sur ce point, l'avis du docteur I._____ du 18 mars 2011 est le plus convaincant. Quant au rapport établi le 18 août 2011 par le docteur H._____, il n'est pas probant: après avoir posé les diagnostics de «douleurs de l'épaule droite post-traumatique et conflit sous-acromial de l'épaule gauche» (rapport du 29 septembre 2010), ce qui laissait entendre que ce conflit sous-acromial n'était pas post-traumatique, le docteur H._____ pose en effet désormais le diagnostic de «conflit sous-acromial gauche post-traumatique de type petite déchirure transtendineuse du sus-épineux», en attestant, sans autre explication, un lien de causalité entre l'accident et cette atteinte à la santé. Or, le docteur I._____ a exposé de façon tout à fait probante que la notion de conflit sous-acromial post-traumatique ne correspondait à rien dans la mesure où aucun traumatisme de l'épaule gauche n'était établi - comme on l'a retenu ci-avant - et où la chronologie des douleurs démontrent plutôt une affection dégénérative de l'épaule gauche. C'est donc à juste titre que l'intimée a nié le rapport de causalité naturelle entre l'accident assuré et ces atteintes. L'audition du recourant ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, de modifier l'appréciation des preuves de la Cour de céans sur ce point, de sorte qu'on peut y renoncer.

En l'absence de rapport de causalité entre l'accident assuré et les affections de l'épaule gauche du recourant, l'intimée n'est pas tenue d'en prendre en charge le traitement. Les conclusions du recourant sur ce point sont mal fondées.

4. L'intimée a constaté que le recourant présentait un taux d'invalidité de 11%. Le recourant soutient pour sa part qu'il présente un taux d'invalidité de 17%.

a) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3.1 p. 345 ss). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7 p. 228 ss). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 sv.).

b) L'ensemble des médecins consultés reconnaît au recourant une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point, qui ne prête pas à discussion entre les parties, à juste titre. En revanche, l'intimée considère que si les atteintes des membres supérieurs empêchent le recourant de travailler avec les bras au-dessus de la ligne des épaules, de porter des charges ou d'effectuer des mouvements répétitifs ou en force avec les bras, il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ces limitations. Il n'y a aucune raison de s'écarter de ce constat, principalement fondé sur les résultats de l'examen du 17 mars 2009 par le docteur S._____, dont les conclusions sont probantes (cf. également rapport du 19 juillet 2010 du docteur O._____, produit à l'appui du recours). Le recourant ne soulève d'ailleurs aucun grief sur ce point.

c) L'intimée a considéré que sans atteinte à la santé, le recourant aurait réalisé en 2009 un revenu annuel de 56'544 francs (4'712 fr. par mois). Le recourant soutient que ce revenu aurait été de 60'885 fr., compte tenu du salaire moyen réalisé en 2006 (60'134 fr. 75) et 2007 (61'634 fr. 35). Il ressort toutefois d'un compte-rendu d'entretien téléphonique entre un collaborateur de l'intimée et le responsable des ressources humaines de M._____SA (entretien du 26 janvier 2010) que le recourant aurait réalisé en 2010 un revenu annuel de base de 56'550 fr. (4'350 fr. versés treize fois l'an). Il n'y avait pas eu de prime exceptionnelle ni d'heures supplémentaires en 2009 et il n'y en aurait pas en 2010. Les primes d'équipe de jour et de nuit avaient été de 420 fr. 60 en 2009. En se fondant sur ces renseignements, on obtient un revenu annuel total de 56'970 fr. 60, qu'il convient de prendre en compte à titre de revenu hypothétique sans invalidité.

d) L'intimée a considéré qu'en 2010, malgré les atteintes à sa santé, le recourant aurait pu réaliser un revenu de 50'532 francs. Elle s'est référée à des descriptions de postes de travail, tirées de sa base de

données interne. Le Tribunal fédéral admet l'utilisation de cette base de données à certaines conditions (ATF 129 V 472), qui sont remplies en l'espèce. Le recourant ne soulève aucun grief contre le revenu d'invalidé fixé par l'intimée, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail, étant précisé que le calcul effectué sur ce point par l'intimée ne prête pas flanc à la critique.

e) La comparaison d'un revenu hypothétique sans invalidité de 56'970 fr. 60 par an et d'un revenu d'invalidé de 50'532 fr. par an conduit à fixer le taux d'invalidité du recourant à 11%, de sorte que la décision litigieuse doit être confirmée sur ce point également.

5. Vu ce qui précède, les conclusions du recourant tendant à la prise en charge du traitement de son épaule gauche par l'intimée, ainsi qu'à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 17% sont intégralement rejetées. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). Par ailleurs, le recourant ne peut prétendre de dépens à la charge de l'intimée. En revanche, il convient d'allouer une indemnité à Me Neeman pour l'accomplissement de son mandat d'office. Me Neeman a produit une liste non détaillée de ses opérations, dont il ressort qu'il a consacré 11 heures et 5 minutes à la défense des intérêts de D. _____ dans les deux causes AI 404/10 et AA 47/11, le montant de ses débours étant de 117 fr. 40 (TVA comprise). Cela lui ouvre droit, en principe, à une indemnité de 2'154 fr. 60 et à des débours de 117 fr. 40 (art. 2 al. 1 let. a et art. 3 al. 1 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) soit 2'272 fr. pour l'ensemble de son activité d'office dans les deux procédures AI 404/10 et AA 47/11. Dans la mesure où il n'a produit aucun acte de procédure dans la cause AI 404/10 en matière d'assurance-invalidité, ayant repris le mandat d'un conseil en fin de procédure, on admettra que l'essentiel des opérations et débours mentionnés ont été consacrés à la procédure opposant D. _____ à la CNA. Il convient par conséquent d'arrêter le montant total de son indemnité pour la présente procédure (débours et TVA comprise) à 2'072 francs. Ce montant est complété par l'indemnité allouée dans la procédure AI 404/10.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 25 mars 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice.

- IV. L'indemnité d'office de Me Neeman, conseil du recourant, est arrêtée à 2'072 fr. (deux mille septante-deux francs).

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Neeman (pour D. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :