

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Freymond, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; 6 al. 1, 18 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA; 28 al. 4 et 36 al. 1 OLAA

E n f a i t :

A. a) K._____, né en 1951 (ci-après : l'assuré ou le recourant), travaillait depuis 1986 en qualité de chauffeur pour le compte de la Société électrique intercommunale de W._____. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

b) Le 8 janvier 2000, l'assuré est tombé d'une échelle. Cet accident s'est soldé par une fracture intra-articulaire du radius distal droit et une contusion de l'épaule droite avec une large rupture de la coiffe des rotateurs.

Après un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) de Sion (du 6 juin au 7 juillet 2000), l'assuré a pu reprendre progressivement le travail au sein de son entreprise dans une activité plus légère (entretien de l'éclairage public) exercée avec un rendement diminué de 25 %.

Par décision du 26 août 2002, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 25 % à compter du 1^{er} juillet 2002 ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % en raison des séquelles de cet accident au niveau de l'épaule droite (5 %) et du poignet droit (5 %).

c) Souffrant d'une névrite du nerf cubital de la gouttière épitrochléo-olécranienne par bride ainsi que d'une synéchie radio-carpienne dorsale du poignet droit, l'assuré a subi le 5 septembre 2008 une intervention chirurgicale consistant en une décompression du nerf cubital selon Osborne et en une révision de l'articulation radio-carpienne droite par voie dorsale avec neurotomie du nerf interosseux dorsal et capsulodèse. Estimant que cette intervention devait être mise en relation de causalité avec l'accident du 8 janvier 2000, la CNA a pris en charge les

suites de cette intervention (frais de traitement et indemnités journalières).

d) Le 4 mars 2011, l'assuré a subi une neurolyse épipérineurale du nerf cubital au coude et une transposition profonde en raison d'une névrite du nerf cubital gauche dans la gouttière épitrochléoléo-cranienne. Cette intervention a été prise en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

e) Le 19 décembre 2011, l'assuré a glissé sur une plaque de verglas, tombant sur la main et le bras gauches avant de se cogner le visage puis l'épaule droite sur le sol.

Présentant des douleurs persistantes au versant médial et latéral du coude gauche, l'assuré a subi le 4 septembre 2012 une révision et une neurolyse du nerf cubital gauche au coude, une révision du versant latéral du coude et la cautérisation du pourtour de l'épicondyle. Après avoir dans un premier temps refusé de prendre en charge cette intervention (courrier du 25 janvier 2013), la CNA a finalement accepté d'allouer ses prestations (courrier du 11 mars 2013).

Ayant également présenté une déchirure complète du sous-scapulaire avec une atrophie musculaire marquée, une déchirure subtotalaire du sous-épineux et sus-épineux ainsi qu'une luxation médiane du tendon du long chef du biceps, l'assuré a subi le 8 février 2013 une arthrolyse, une réinsertion d'une rupture du sus-épineux et acromioplastie de l'épaule droite. La CNA a pris en charge les suites de cette intervention

L'évolution au niveau de l'épaule droite et du bras gauche à la suite de ces interventions s'est révélée défavorable.

L'assuré a séjourné à la CRR du 19 août au 17 septembre 2014. Dans le rapport établi le 2 octobre 2014 à l'issue du séjour, les Drs V._____ et H._____ ont résumé la situation de la manière suivante :

"APPRECIATION ET DISCUSSION

À l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs importantes à la mobilisation. Les mobilités de l'épaule droite sont réduites et le patient est gêné dans les AVQ. Le patient cote les douleurs au niveau des faces antérieure et postérieure de l'épaule droite entre 7 et 8/10 sur l'EVA en moyenne.

Au niveau du coude gauche, le patient signale des douleurs permanentes des faces postérieure et médiale du coude et de l'avant-bras. Ces douleurs sont cotées à 8/10 sur l'EVA. Elles augmentent vite à 10/10 à l'appui au niveau du coude ou aux ports de charges. Il signale aussi une diminution de force dans le membre supérieur gauche. Il signale aussi des douleurs au niveau du poignet (bord cubital), avec des sensations parfois des décharges électriques, des fourmillements, surtout au niveau des deux derniers doigts.

Le sommeil est souvent perturbé par les douleurs. Le moral est bas.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

- **Arthro-IRM épaule droite du 07.11.2012 (avant l'hospitalisation)** : déchirure complète du sous-scapulaire avec atrophie musculaire marquée, déchirure subtotale des supra- et infra-épineux ainsi que luxation du tendon du LCB.

- **RX épaule droite (Neer/f trois rotations) du 28.08.2014**: il n'est pas objectivé de lésion osseuse ou articulaire. La tête humérale est légèrement ascensionnée. L'ancre est en place.

- **IRM du coude gauche du 01.09.2014**: quelques remaniements fémoro-cicatriciels des parties molles en regard de l'épicondyle médiale avec une anomalie de signal du tendon commun des fléchisseurs, en lien probable avec le status postopératoire. Discrets épaissement et anomalie de signal du nerf ulnaire au niveau de son angulation. Courbures dorsales au contact des remaniements fibrotiques, pouvant éventuellement correspondre à une légère neuropathie cubitale. Pas de lésion décelable au niveau des nerfs médian et radial, ainsi qu'au niveau de l'épicondyle latéral.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste des diagnostics).

Des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : surcharge socio-familiale, âge du patient.

Pendant le séjour, le patient a suivi **les prises en charge ci-dessous** (Cf. rapports annexés) :

- physiothérapie
- ergothérapie
- avis spécialisé en chirurgie de l'épaule

Le traitement antalgique : à l'entrée le patient n'en n'avait aucun. Il avait arrêté le Lyrica quelques semaines avant son arrivée à la Clinique. Nous lui avons proposé de reprendre le traitement à base de Lyrica, tout d'abord à faibles doses, avec augmentation progressive. Nous avons commencé par 25 mg 2 x/jour puis par la suite la dose du soir a été augmentée à 50 mg. Le patient dit ne pas tolérer cette augmentation, et que le médicament ne fait pas effet globalement. Ce traitement a été arrêté vers la fin du séjour. Nous n'avons pas proposé d'autre médicament chez un patient qui a essayé beaucoup de traitements antalgiques, et qui a été suivi dans

le service d'antalgie de [...] pendant 18 mois, sans que cela n'aboutisse à un résultat positif. Nous stoppons l'ergothérapie et la physiothérapie à la sortie, pour éviter l'augmentation des douleurs. Sur le plan antalgique nous n'avons pas de propositions supplémentaires.

L'évolution subjective et objective est non-significative (Cf. rapports et tests fonctionnels).

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

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : pour les épaules, port de charges lourdes de plus de 10 kg surtout entre le plan de l'établi et des épaules, activités au-dessus du plan des épaules, activités avec les membres supérieurs en porte-à faux. Pour le coude, le patient est limité aussi dans les gestes répétitifs avec force qui mettent en jeu le coude et le poignet en rotations (serrage, vissage, etc..).

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Notre consultant en chirurgie de l'épaule pense qu'il existe une probable rupture itérative de coiffe qu'il est impossible à réparer au vu de la qualité des tendons.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident). Une adaptation du poste de travail au sein de l'entreprise est apparemment impossible. Cela lui aurait déjà été expliqué, mais le patient dit qu'il n'en a pas souvenir. Nous proposons au patient de prendre contact avec le gestionnaire de son dossier de l'Agence Suva. Nous avons déjà contacté et informé ce dernier de l'évolution pour voir et rediscuter s'il y a une nouvelle solution. Pour nous la meilleure solution serait que le patient parte en pré-retraite car nous ne voyons pas trop quelle activité lui proposer dans son entreprise actuelle.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est à priori favorable. L'âge et l'absence de qualification seront des freins à une telle réintégration."

Constatant que l'assuré était, sur le plan médical, à même, en ce qui concerne les séquelles accidentelles, d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg; pas de travaux au-dessus du plan des épaules) dans différents secteurs de l'industrie susceptible de lui procurer un revenu annuel de 48'595 fr. (à comparer au gain de 65'000 fr. réalisable sans accident), la CNA a, par décision du 27 mai 2015, alloué à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 25 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

L'assuré a formé opposition à cette décision, invoquant, d'une part, la sous-évaluation du revenu sans invalidité et, d'autre part, le

caractère non pertinent, au vu de la situation médicale objective, des descriptions des postes de travail (DPT) retenues pour fixer le revenu d'invalidé. Il a en outre requis l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % afin de prendre en considération à la fois ses problèmes à l'épaule droite (25 %) et ses problèmes au coude gauche (15 %).

Dans une prise de position datée du 15 décembre 2015 relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr N. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, s'est exprimé sur l'opposition de l'assuré de la manière suivante :

"A l'issue de mon examen à l'agence du 08.12.2014, j'ai conclu que la situation était clairement celle d'une rupture itérative de la coiffe des rotateurs à l'épaule D, surchargée d'éléments fonctionnels, de sorte qu'il convenait de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 20 % par analogie à une omarthrose grave, la situation étant quand même plus favorable qu'une épaule totalement bloquée pour laquelle la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N°2870/5.f-2000, prévoit un taux de 25 %.

J'ai relevé que 10 % avaient déjà été versés en 2002, perdant de vue que 5 % seulement concernaient l'épaule D, les autres 5 % visant à indemniser des séquelles au poignet D, articulation dont l'état ne s'est pas aggravé et dont le patient est d'ailleurs content, de sorte que la 1^{ère} estimation était probablement un peu généreuse.

L'atteinte à l'intégrité nette indemnisable pour l'épaule D est donc de 15 % et non de 10 %, l'atteinte à l'intégrité totale pour le MSD se montant ainsi à 25 %, ce qui est considérable et justifierait éventuellement une légère pondération, à laquelle on choisit cependant de renoncer par fairplay puisqu'on s'est trompé dans nos premiers calculs.

Pour ce qui est du membre supérieur gauche, j'ai écrit que j'avais de la peine à identifier une atteinte à l'intégrité qu'on puisse imputer à l'accident du 19.12.2011 et j'ai relevé une nouvelle fois que la prise en charge de l'intervention du 04.09.2012 par la Suva était discutable.

En effet, l'accident du 19.12.2011, s'il a clairement dégradé l'état de l'épaule D, n'a entraîné tout au plus qu'une simple contusion du coude G dans le cadre d'un status après transposition antérieure profonde du nerf cubital et cure chirurgicale d'épicondylite latérale, soit un état antérieur patent, qui laissait une gêne relativement importante avant l'accident du 19.12.2011 déjà.

L'intervention du 04.09.2012, finalement prise en charge par la Suva, a certes eu un résultat décevant mais essentiellement du point de vue subjectif et il n'y a aucun indice concret qui permette

de penser qu'elle a aggravé l'état du coude G, partant qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être allouée à ce titre."

Après avoir recueilli des renseignements complémentaires auprès de l'employeur de l'assuré, la CNA a, par décision sur opposition du 1^{er} avril 2016, partiellement admis l'opposition et alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 33 % (au lieu de 25 %) et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % (au lieu de 10 %). S'agissant plus particulièrement du droit à la rente, elle a considéré que le revenu sans invalidité devait être fixé à 72'800 fr., montant correspondant au salaire perçu par le remplaçant de l'assuré au sein de l'entreprise. Après comparaison avec un revenu d'invalidité - réactualisé - de 49'115 fr., on obtenait une perte de gain de 33 %.

B. **a)** Par acte du 28 avril 2016, K. _____ a déféré la décision sur opposition rendue le 1^{er} avril 2016 par la CNA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 55 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % et subsidiairement au renvoi du dossier à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants.

Il a estimé que le dossier ne contenait manifestement pas les éléments suffisants permettant à la CNA de fixer le revenu (hypothétique) sans invalidité à 72'800 francs. L'employeur avait précisé qu'il était le "seul collaborateur travaillant exclusivement à l'éclairage" et que son remplaçant faisait "à peu près" le même travail, tout en indiquant que son diplôme n'était pas équivalent et qu'il ne pouvait pas effectuer les mêmes tâches (expliquant la faiblesse de son salaire). Ces réserves excluaient de toute évidence de prendre en compte le montant du salaire perçu par son remplaçant, puisqu'il ne disposait pas des mêmes aptitudes professionnelles et personnelles. Pour fixer le revenu sans invalidité, il y avait lieu de se référer au salaire attesté par son employeur et de retenir au final un montant de 106'115 francs.

S'agissant du choix des DPT retenues pour fixer le montant du revenu d'invalidé, les activités proposées n'étaient pas exigibles, puisqu'elles requéraient l'usage des deux mains, alors même que le corps médical avait mis en évidence une utilisation fonctionnelle des deux mains limitée.

En ce qui concernait pour finir l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y avait lieu de rappeler que la CNA avait admis la prise en charge d'une intervention chirurgicale destinée à soigner les séquelles de l'accident du 19 décembre 2011 au niveau des coude et poignet gauches. Cet élément permettait de considérer que les douleurs subies au coude gauche étaient en relation de causalité avec cet accident et ouvraient le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

b) Dans sa réponse du 29 août 2016, la CNA a conclu au rejet du recours.

S'agissant de la quotité de la rente d'invalidité, la CNA a souligné que c'était à juste titre, compte tenu de l'art. 28 al. 4 OLAA, qu'elle avait pris en considération le salaire d'un assuré d'âge moyen, à savoir le salaire du remplaçant de l'assuré au sein de l'entreprise. Cette solution était favorable à l'assuré, puisque le revenu sans invalidité retenu était supérieur à ce qui avait été précédemment retenu, à savoir le salaire d'un chauffeur-routier d'âge moyen, tel qu'il résultait de la convention collective de travail dans la branche des transports routiers du canton de Vaud.

Concernant le choix des DPT, la CNA estimait que l'assuré ne pouvait être considéré comme un mono-manuel, au vu des amplitudes constatées et de l'exigibilité retenue par le Dr N. _____ ainsi que par les spécialistes de la CRR. L'application des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ne permettrait par ailleurs pas d'obtenir un revenu d'invalidé plus bas, même en opérant un abattement de 25 %.

S'agissant enfin de la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a indiqué qu'il n'existait aucun élément médical pertinent permettant d'admettre la présence d'une atteinte à l'intégrité plus importante que celle déterminée par le Dr N._____.

c) Par courrier du 20 septembre 2016, le recourant a informé la Cour de céans qu'il n'avait aucune explication complémentaire à déposer et qu'il ne requérait aucune preuve complémentaire.

d) Par courrier du 27 mars 2017, le Juge instructeur a requis de la CNA la production de divers dossiers en sa possession concernant le recourant.

e) Après avoir consulté les dossiers produits par la CNA, K._____ a, dans ses déterminations du 12 juin 2017, indiqué maintenir les conclusions prises dans son recours du 28 avril 2016.

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 l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et

respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur les questions relatives au taux à la base de la rente d'invalidité et le degré d'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, 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. En effet, il faut et il suffit que l'événement 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'événement 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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, 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon

les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5; TF 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 4.2, 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

4. a) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé

sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

c) 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

d) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des

règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011; consid. 5).

6. a) Sur le plan médical, le recourant présente une rupture itérative de la coiffe des rotateurs ne laissant pas de place à une révision chirurgicale ainsi qu'un état inflammatoire de l'épicondyle médial se traduisant notamment par une allodynie. D'après le Dr N._____, médecin d'arrondissement de l'intimée, le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (rapport du 8 décembre 2014). Selon les constatations posées par les médecins de la CRR (rapport du 2 octobre 2014), les problèmes à l'épaule droite empêchent le port de charges lourdes de plus de 10 kg (surtout entre le plan de l'établi et des épaules), les activités au-dessus du plan des épaules ainsi que les activités avec les membres supérieurs en porte-à-faux, tandis que les problèmes au coude gauche limitent le recourant dans les gestes répétitifs avec force mettant en jeu le coude et le poignet en rotation (serrage, vissage, etc.).

b) Le dossier ne contient aucune appréciation médicale étayée susceptible de remettre en question les présentes constatations, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

7. Cela étant précisé, il convient d'examiner la question de savoir si les diverses atteintes à la santé présentées par le recourant sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

a) Il ne fait aucun doute – et cela n'est nullement contesté – que les limitations résultant des atteintes à l'épaule droite sont en lien de causalité avec l'événement accidentel du 19 décembre 2011. De plus amples développements sur cette question sont par conséquent superflus.

b) En revanche, autre est la question de savoir si les problèmes liés au coude gauche présentent un lien de causalité avec l'événement accidentel du 19 décembre 2011.

aa) Dans sa prise de position du 15 décembre 2015, le Dr N. _____ a considéré que l'accident du 19 décembre 2011 n'avait entraîné tout au plus qu'une simple contusion du coude gauche dans le cadre d'un status après transposition antérieure profonde du nerf cubital et cure chirurgicale d'épicondylite latérale, soit un état maladif préexistant évident à l'origine d'une gêne relativement importante déjà antérieurement à l'accident. L'intervention chirurgicale qui s'était déroulée le 4 septembre 2012 – finalement prise en charge par la CNA – avait certes eu un résultat décevant, mais pour des raisons principalement subjectives. Il n'y avait cependant aucun indice concret qui permettait de penser qu'elle avait aggravé l'état du coude gauche.

bb) Après avoir subi le 5 septembre 2008 une décompression du nerf cubital droit en raison d'une névrite du nerf cubital dans la gouttière épitrochléo-olécranienne (rapport opératoire du Dr Z. _____ du 5 septembre 2008), le recourant a fait l'objet le 4 mars 2011 d'une neurolyse épipérineurale du nerf cubital au coude gauche et d'une transposition profonde en raison d'une névrite du nerf cubital gauche dans

la gouttière épitrochléo-olécranienne (rapport opératoire du Dr Z. _____ du 4 mars 2011). Compte tenu de la persistance des douleurs, le recourant a subi le 4 septembre 2012 une révision et une neurolyse du nerf cubital gauche, une révision du versant latéral du coude et la cautérisation du pourtour de l'épicondyle (protocole opératoire du Dr F. _____ du 4 septembre 2012). Dans un rapport du 30 août 2012, le Dr F. _____ avait clairement fait état d'une problématique qui s'inscrivait dans la continuité de la première intervention chirurgicale au coude gauche ("*Pour le reste, à savoir le membre supérieur gauche, la situation est délicate dans la mesure où on peut se dire que tout ce que l'on aurait possiblement nous-mêmes réalisé a déjà été fait*").

cc) A la lumière de l'enchaînement de ces différentes opérations et des causes qui en sont à l'origine, il convient d'admettre qu'elles sont la conséquence d'un processus dégénératif qui a touché de manière similaire aussi bien le coude droit que le coude gauche du recourant. Des pièces médicales versées au dossier, il ne résulte à aucun endroit que les lésions opérées seraient les séquelles d'un quelconque traumatisme. Cette hypothèse apparaît d'autant moins vraisemblable que les premiers symptômes concernant le coude gauche sont apparus antérieurement à l'accident du 19 décembre 2011. S'il est vrai que la CNA a pris en charge l'intervention chirurgicale effectuée le 4 septembre 2012, il y a lieu d'admettre, comme l'a souligné le Dr F. _____, que cette intervention présentait un lien direct avec l'intervention qui s'était déroulée le 4 mars 2011. A l'instar du Dr N. _____ (appréciation médicale du 15 décembre 2015), on peut raisonnablement se demander si la prise en charge de cette intervention était bien-fondée.

c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que seules les lésions à l'épaule droite engagent la responsabilité de la CNA, à l'exclusion des troubles du coude gauche.

8. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des

perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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, 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 (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

b) En matière d'assurance-invalidité, la jurisprudence exige néanmoins, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, de procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage, cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

c) Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents repose sur une approche différente. D'après l'art. 28 al. 4 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202), si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Autrement dit, la comparaison doit être établie avec une personne ayant les mêmes aptitudes professionnelles et personnelles que la personne assurée et dont l'âge se situe entre 40 et 45 ans (ATF 122 V 418 consid. 1b). En effet, il convient de tenir compte qu'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents est versée, à la différence d'une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité, jusqu'au décès de la personne assurée (art. 19 al. 2 LAA) et qu'elle n'est plus susceptible d'être révisée à compter du mois au cours duquel l'ayant droit perçoit une rente de vieillesse de l'AVS (art. 22 LAA). Cette réglementation a pour objectif d'empêcher l'allocation d'une rente d'invalidité qui comporterait, en fait, une composante de prestations de vieillesse (voir également Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 361).

d) En l'espèce, il apparaît que c'est principalement en raison de son âge (64 ans au moment de la naissance du droit à la rente) que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative. Cela étant, du moment que l'âge avancé apparaît comme la cause essentielle de l'incapacité de gain, l'intimée était fondée à procéder à une comparaison des revenus en fonction des revenus avec et sans invalidité que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles.

9. a) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPG; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. 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 la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

b) A l'époque de l'accident, le recourant - qui n'avait aucune qualification professionnelle - exerçait une activité qui consistait à conduire un camion-nacelle et à s'occuper de l'installation et de l'entretien de l'éclairage public. Compte tenu d'un taux d'activité de 75 %, il percevait dans cette fonction en 2011 un revenu mensuel de 5'700 fr. (versé 13 fois l'an), montant auquel s'est ajouté à la fin de l'année une prime de fidélité de 2'000 francs. Le recourant ayant été engagé au sein de la Société électrique intercommunale de W. _____ le 1^{er} septembre 1986, il y a lieu d'admettre que son salaire était composé pour partie par les avantages résultant de son ancienneté au sein de l'entreprise, éléments auxquels un assuré d'âge moyen ne saurait prétendre. C'est par conséquent à bon droit que l'intimée s'est écartée du salaire effectif pour se référer au salaire touché en 2015 par le remplaçant du recourant au sein de l'entreprise (72'800 fr. [13 x 5'600 fr.]). Ce salaire apparaît d'autant plus juste qu'il se rapproche des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Si l'on se fonde sur les données statistiques issues de la section "Construction" (divisions 41 à 43 selon la Nomenclature générale des activités économiques [NOGA 2008]), laquelle comprend l'ensemble des activités relatives à l'installation d'appareils d'éclairage de rue et de signaux électriques (division 432100), le revenu de référence pour un homme exerçant des tâches pratiques nécessitant l'utilisation et la conduite de véhicules spécialisés (niveau de compétences 2) était en 2014 de 70'620 fr. (12 x 5'885 fr.) pour une semaine de 40 heures. Après adaptation de ce salaire à l'horaire hebdomadaire de travail dans les entreprises en Suisse en 2014, c'est-à-dire 41,7 heures, et à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux (- 0,2 % pour 2015), on obtient un revenu de 73'474 fr. 10, soit à un montant sensiblement identique à celui perçu par le remplaçant du

recourant (voir également les salaires minimaux prévus par la convention collective de travail pour la branche "Infrastructure de réseau").

10. a) 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'invalidé 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 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2).

b) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des DPT prises en considération par l'intimée et du montant de 49'115 fr. retenu à ce titre. Dans la mesure où seules les lésions à l'épaule droite engagent la responsabilité de l'intimée, à l'exclusion des problèmes au coude gauche, le bien-fondé du choix opéré ne doit être examiné qu'à la lumière des limitations engendrées par cette atteinte à la santé (pas de port de charges lourdes de plus de 10 kg [surtout entre le plan de l'établi et des épaules]; pas d'activités au-dessus du plan des épaules; pas d'activités avec les membres supérieurs en porte-à-faux). Compte tenu des limitations retenues, il apparaît que les DPT retenues sont compatibles avec l'état de santé du recourant, aucune de ces activités n'exigeant le port de charges supérieures à 10 kg ou de travailler au-dessus du plan des épaules. Qui plus est, en tenant compte de la moyenne la plus basse des cinq DPT retenues, l'intimée s'est référée à la valeur la plus favorable pour le recourant.

11. La comparaison d'un revenu d'invalidé de 49'115 fr. avec un revenu sans invalidité de 72'800 fr. ou de 73'474 fr. 10, aboutit à un degré d'invalidité, respectivement à une rente d'invalidité de 33 %.

12. Pour finir, il convient d'examiner dans quelle mesure les atteintes à la santé présentées par le recourant donnent lieu à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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 professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (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 (cf. 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, 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). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (cf. TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) Ainsi que cela a déjà été mentionné précédemment, seules les lésions à l'épaule droite engagent la responsabilité de l'intimée, à l'exclusion des problèmes au coude gauche. Le recourant ne saurait par conséquent prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison des séquelles permanentes et durables qu'il présente à son coude gauche. Pour le reste, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'indemnité allouée par l'intimée pour les séquelles à l'épaule droite, laquelle a été fixée globalement à 20 % (5 % dans le cadre de la première procédure d'indemnisation et 15 % dans le cadre de la présente procédure) et n'est

pas remise en question par le recourant. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % allouée par l'intimée dans le cadre de la décision litigieuse doit par conséquent être confirmée.

13. a) Le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

c) Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} avril 2016 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Freymond, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :