

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 août 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8 et 16 LPGA ; 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_, né en [...], travaillait en qualité de plâtrier pour le compte de la société Z. \_\_\_\_\_ à [...] ; il était assuré à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

**b)** Le 7 décembre 2011, A. \_\_\_\_\_ a chuté d'une échelle et s'est fracturé le bord externe de la rotule gauche, fracture qui a fait l'objet d'une ostéosynthèse le 8 décembre 2011.

Malgré la persistance de douleurs à son genou gauche, l'assuré a repris son travail de plâtrier à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013 à un taux de 50 %.

Dans le rapport qu'il a établi le 19 août 2014 au terme de son examen final, le docteur V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 50 % dans son activité de plâtrier ; une pleine capacité de travail pouvait néanmoins théoriquement être mise en valeur dans une activité n'exigeant pas la position accroupie prolongée, la montée/descente d'échelles ou d'escaliers ou la marche en terrain irrégulier.

Par décisions des 4 mars et 13 juillet 2015, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015 à une rente d'invalidité de 16 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

**c)** Le 27 août 2015, A. \_\_\_\_\_ a chuté sur son épaule gauche après avoir glissé sur du plâtre frais ; il a subi une déchirure du tendon du sus-épineux, déchirure qui a fait l'objet d'une prise en charge chirurgicale le 27 novembre 2015.

Dans le rapport qu'elle a établi le 17 mai 2017 au terme de son examen final, la docteure F. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a posé l'appréciation suivante :

Il s'agit d'un assuré de 48 ans, plâtrier-peintre, dont les antécédents ont été décrits ci-dessus et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

L'assuré a présenté un 1<sup>er</sup> traumatisme au niveau du genou G le 07.12.2011 qui s'est soldé par une fracture du bord latéral de la rotule G sur patella bipartita qui a été ostéosynthésée le 08.12.2011 avec une AMO en octobre 2012. L'assuré, suite à l'examen effectué à l'agence le 19.08.2014, a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 16 % dès le 01.04.2015 et a obtenu une IpAI de 5 % suite à l'accident du 07.12.2011.

En ce qui concerne l'événement actuel du 27.08.2015 Subjectivement, l'assuré déclare des douleurs lorsqu'il utilise son bras G, ce qu'il tend à éviter de faire au maximum se sentant bien le bras en position de repos.

Objectivement, on est face à un assuré ralenti, figé, d'allure dépressive, avec une mobilité quasi superposable à celle obtenue à la sortie de la CRR en mai 2016. Les tests de la coiffe des rotateurs ne sont pas réalisables. On note une diminution de la mobilité dans tous les plans, à savoir F/E, séquelles au niveau du sus-épineux et même de l'éventuelle rupture de la ténodèse du long chef du biceps. L'IRM effectuée en avril 2016 montrait une absence de récurrence de lésion, ce qui ne nous permet pas d'expliquer de telles limitations de la mobilité. Il y a donc une discordance entre les images radiologiques telles que pratiquées en avril 2016 et la limitation de la mobilité constatée au niveau de l'épaule D lors de l'examen clinique.

Sur le plan médical, l'état de santé est stabilisé et une amélioration de la mobilité ne peut pas être attendue à court ou moyen terme. Aucun traitement ne pourrait améliorer la mobilité de cette épaule avec un assuré qui tend à la surprotéger, bien que radiologiquement le résultat après l'intervention du 27.11.2015 soit excellent.

Les limitations à retenir reposent sur les constatations objectives radiologiques et cliniques et sont : pas d'activité répétitive au niveau du bras G, pas d'activité au-dessus de l'horizontale, pas d'activité nécessitant le port de charges lourdes de plus de 5 à 10 kg. A cela il faut ajouter les limitations fonctionnelles en lien avec le genou G qui ont été définies lors de l'examen d'août 2014.

Dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière pour les seules suites de l'événement du 27.08.2015 et de l'événement du 07.12.2011. Une telle capacité de travail est comprise pour un horaire plein et sans diminution de rendement. L'activité de plâtrier-peintre n'est plus exigible même à 50 % compte tenu des limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule G.

Nous n'avons pas pris en compte les éléments qui ne sont pas en lien avec l'événement d'août 2015 ou celui de décembre 2011, à savoir un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère, tout comme nous n'avons pas tenu compte de facteurs extra-médicaux comme le fait que l'assuré ne parle quasi pas le français, qu'il n'a aucune formation certifiante et qu'il présente des difficultés financières. Ces derniers éléments sortent du champ médical et surtout ils ne sont pas liés à l'événement du 27.08.2015.

Par décision du 25 octobre 2017, confirmée sur opposition le 11 janvier 2018, la CNA a reconnu à l'assuré pour les séquelles accidentelles causales le droit à une rente d'invalidité de 16 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

**d)** Le 12 mars 2013, A.\_\_\_\_\_ avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a notamment recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré, à savoir les docteurs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapports des 6 mai 2013, 21 juin 2016, 31 octobre 2016 et 31 mars 2017), Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (rapport du 14 octobre 2014) et E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapports des 15 mai 2015, 24 novembre 2016 et 16 mars 2017).

L'office AI a confié ensuite la réalisation d'une expertise orthopédique avec évaluation des capacités fonctionnelles au docteur B.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 20 novembre 2017, ce médecin a retenu les diagnostics de gonalgies gauches dans le cadre d'un status après fracture sagittal patella bipartita traitée par ostéosynthèse et d'une chondropathie fémoropatellaire, de syndrome douloureux chronique de l'épaule gauche dans le cadre d'un status après suture d'une lésion partielle du sus-épineux et d'un déconditionnement physique, ainsi que d'état anxio-dépressif probable. Au terme de son analyse, il a retenu ce qui suit :

Cette personne a été victime de deux traumatismes, un 1<sup>er</sup> en 2011 avec une atteinte persistante de son genou gauche : suite à une chute avec choc direct sur son genou gauche, une fracture d'une patella bipartida est posée. Par la suite une ostéosynthèse est effectuée avec par la suite des séquelles douloureuses et des limitations fonctionnelles persistantes, malgré les différents traitements proposés, un séjour à la CRR et au CHUV. Par la suite, M. A. \_\_\_\_\_ reprend son activité comme plâtrier peintre à 50% en 2015, avec une nouvelle chute, cette fois-ci sur son épaule G. Il en résulte une impotence fonctionnelle. Une IRM relève une lésion partielle de la coiffe des rotateurs qui est traitée chirurgicalement. Le résultat est une persistance de douleurs et une restriction de la mobilité. Dans cette situation, avec un avis du médecin-conseil de la SUVA qui ne retient pas de capacité de travail comme plâtrier-peintre, par contre dans une activité adaptée (sans activité répétitive au niveau du bras G, pas d'activité au-dessus de l'horizontale, pas d'activité nécessitant le port de charges lourdes de plus de 5-10 kg, éviter la gène flexion, montée/descente des escaliers ou échelles ou la marche sur le terrain inégal) la capacité est pleine.

Lors de l'expertise et de l'évaluation des capacités fonctionnelles au CHUV, on relève des limitations fonctionnelles importantes avec des restrictions liées en partie à son état physique, mais aussi la présence d'une kinésiophobie dans le cadre d'un état anxio-dépressif qui empêche le patient de progresser. On le remarque sous la forme d'un certain degré de majoration avec des autolimitations, rendant l'interprétation de l'ECF difficile et très limité. Nous pouvons néanmoins reconnaître une incapacité totale dans sa profession actuelle ; de plus actuellement dans le cadre d'une activité adaptée les limitations sont tellement importantes qu'une activité adaptée semble illusoire : en effet hormis les postures statiques assises de 20 min., l'utilisation bimanuelle des mains reste limitée.

L'office AI a poursuivi l'instruction en confiant la réalisation d'une expertise psychiatrique au docteur G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2018, ce médecin a retenu les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent, de gravité sévère (évolution sinistrosique) et de personnalité frustrée à fonctionnement dit alexithymique, et indiqué que les répercussions de l'atteinte à la santé étaient complètes dans tous les domaines, que ce soit dans le domaine professionnel, dans les activités ménagères, dans le cadre des loisirs ou dans le cadre des activités sociales. Ce médecin a notamment indiqué ce qui suit :

Nous avons l'impression d'être en face d'un assuré déjà parfaitement adapté à son invalidité, ayant fait le chemin psychologique régressif qui lui permette d'admettre son état. Monsieur A. \_\_\_\_\_ est dépourvu de capacités à prendre du recul par rapport à sa situation, de remettre un tant soit peu en

question ses mécanismes de défense, tant psychologiques que somatiques qui lui permettent de justifier son état. Néanmoins, le rôle de malade est aussi surinvesti, car il représente une solution à de nombreux problèmes de réalité qu'il ne peut quitter. Tout progrès aura inévitablement des conséquences désagréables chez un sujet aculturé, sans capacité de mener à bien une nouvelle formation et qui compte tenu de l'âge n'a aucune perspective, de son point de vue, de retrouver une quelconque activité professionnelle sur le premier marché de l'emploi.

**B.**           **a)** Par acte du 12 février 2018, A. \_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition rendue le 11 janvier 2018 par la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA de 100 %, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants.

Renvoyant au contenu de l'expertise orthopédique mise en œuvre par l'assurance-invalidité, l'assuré estimait qu'il n'était pas possible de s'appuyer sur les descriptions de poste de travail présentées par la CNA pour retenir un revenu d'invalidité. Au contraire, il convenait bien plutôt de retenir que, compte tenu des limitations fonctionnelles, il n'existait aucune activité adaptée, ce qui devait conduire à reconnaître une invalidité de 100 %. Dans la mesure où ces arguments ne devaient pas suffire à entraîner l'admission du recours, A. \_\_\_\_\_ requérait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

**b)** Dans sa réponse du 28 juin 2018, la CNA a conclu au rejet du recours.

A l'appui de celle-ci, elle a produit une appréciation rédigée le 27 juin 2018 par la docteure P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, rattachée au Centre de compétences de la médecine des assurances de la CNA, dont il ressort les conclusions suivantes :

Il nous est demandé si à la lumière de cette expertise orthopédique établie par le Docteur B. \_\_\_\_\_, l'exigibilité retenue par le médecin d'arrondissement lors de son examen final du 17 mai 2017 peut être confirmée.

Dans son expertise orthopédique établie le 20 novembre 2017, le Docteur B. \_\_\_\_\_ reconnaît chez Monsieur A. \_\_\_\_\_ « une capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici de 0% »

Nous pouvons que rejoindre le Docteur B. \_\_\_\_\_, car en effet la profession de plâtrier peintre nécessite des accroupissements répétés de même qu'une élévation répétée des bras au-dessus de l'horizontale, ce qui n'est guère réalisable après une fracture de la rotule et une atteinte de la coiffe des rotateurs.

Par contre qu'en est-il de la capacité de travail dans une activité adaptée ?

Après une fracture de la rotule, s'il est vrai que les accroupissements répétés ne sont pas indiqués, nous ne voyons pas ce qui empêche l'exercice d'une profession sédentaire ou d'une profession avec alternance de la position debout et assise.

A l'examen clinique lors de l'expertise orthopédique le Docteur B. \_\_\_\_\_ constate une flexion du genou gauche chez Monsieur A. \_\_\_\_\_ de 95° ce qui permet tout-à-fait une position assise. La position ergonomique recommandée en position assise est une angulation du genou variant de 90° à 130°. [...]

Nous peinons donc à comprendre pourquoi une position assise ne peut pas être exigible chez Monsieur A. \_\_\_\_\_, chez qui une flexion du genou lésé de 95° est documentée par le Docteur B. \_\_\_\_\_.

Nous rappellerons que lors de son examen final le 19 août 2014 le Docteur V. \_\_\_\_\_ constatait, lui, une flexion du genou gauche à 125°.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ a pu exercer, jusqu'au nouvel accident du 27 août 2015, son activité antérieure à 50% malgré les accroupissements répétés, il est vrai avec une certaine symptomatologie douloureuse. Il est surprenant qu'il ne puisse pas exercer une activité professionnelle sédentaire qui met à contribution au minimum les genoux, puisqu'il n'y a ni accroupissements, ni marche répétée, ni montée ou descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, alors que, dans les suites du dit accident uniquement son épaule gauche a été lésée.

Lors d'une atteinte des membres inférieurs, une profession sédentaire est principalement exigible.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ souffre également d'une atteinte de l'épaule gauche - coiffe des rotateurs, épaule adominante. Néanmoins cette atteinte a été réparée chirurgicalement avec succès comme le démontre l'IRM réalisée le 18 avril 2016.

Il est vrai qu'après une atteinte de la coiffe des rotateurs même réparée, le port de charges lourdes, tout comme l'élévation répétée du bras au-dessus de l'horizontale est à éviter/déconseillée, afin de prévenir une récurrence.

Chez Monsieur A. \_\_\_\_\_, nous sommes en présence d'une épaule enraidie sans capsulite objectivée sur l'IRM effectuée le 18 avril 2016, enraidissement provoqué uniquement par une auto-limitation due à la peur de douleurs - kinésiophobie, qui a été

constatée par les différents intervenants que ce soit par ceux de la Clinique Romande de Réadaptation, par les chirurgiens traitants et même par le Docteur B. \_\_\_\_\_ qui atteste dans son rapport d'expertise orthopédique établi le 20 novembre 2017 « la présence d'une kinésiophobie dans le cadre d'un état anxio-dépressif qui empêche le patient de progresser ».

Là, encore il nous est difficile de concevoir qu'avec une coiffe des rotateurs réparée il ne soit pas possible d'exercer une profession sédentaire sans port de charge lourde avec les membres supérieurs à hauteur de table. Nous ne voyons aucune autre raison qui l'empêche d'utiliser son membre supérieur gauche.

Cet état de fait est confirmé par l'examinateur lors de l'évaluation des aptitudes fonctionnelles le 17 novembre 2017, « Monsieur n'intègre pas volontairement son membre supérieur gauche, Monsieur utilise le membre supérieur gauche uniquement pour stabiliser certains objets (par ex : une feuille) et utilise le bras droit pour guider et soutenir son membre supérieur gauche ».

Tout en se rappelant que le membre supérieur gauche est adominant et en sachant que le coude et la main gauches sont sains (sans atteinte) chez Monsieur A. \_\_\_\_\_, il semble donc évident, que ce dernier peut utiliser son membre supérieur gauche comme soutien ou stabilisateur.

La présence d'un état anxio-dépressif récurrent chez Monsieur A. \_\_\_\_\_ est confirmée par le psychiatre de la Clinique Romande de Réadaptation en 2016, « Le patient a gardé une symptomatologie dépressive marquée durant ce séjour malgré l'augmentation de la médication de Cipralex début mai ».

Cet état anxio-dépressif était déjà présent dans les suites de l'accident de 2011 et Monsieur A. \_\_\_\_\_ est en traitement continu depuis lors.

Pour rappel, l'état anxio-dépressif ou état dépressif récurrent développé par Monsieur A. \_\_\_\_\_ a été reconnu comme étant sans relation de causalité avec les deux événements du 7 décembre 2011 et 27 août 2015.

Nous ne pouvons suivre le Docteur B. \_\_\_\_\_ quand il allègue « des limitations fonctionnelles importantes avec des restrictions liées en partie à son état physique », Monsieur A. \_\_\_\_\_ présente les mêmes amplitudes de son genou gauche en 2014 qu'en 2017, et il exerçait, avant l'accident d'août 2015, sa profession de plâtrier-peintre, toutefois avec certaines douleurs. Quant à son épaule gauche, il a été constaté que l'état physique - enraidissement - de l'épaule gauche comme dépeint par le Docteur B. \_\_\_\_\_, est dû principalement à des auto-limitations provoquées par une kinésiophobie importante, état séquellaire de l'état anxio-dépressif développé par Monsieur A. \_\_\_\_\_.

Lors de l'IRM de l'épaule gauche réalisée le 18 avril 2016, il a été objectivé que la coiffe des rotateurs a été réparée avec succès.

En considérant, pour les seules séquelles des accidents du 7 décembre 2011 et du 27 août 2015, en l'occurrence une fracture de la rotule gauche bipartite ostéosynthésée et une atteinte du tendon du muscle supra-épineux gauche refixée chirurgicalement avec

succès, nous ne pouvons que confirmer l'exigibilité définie par les médecins d'arrondissement les 19 août 2014 et 17 mai 2017.

Chez Monsieur A. \_\_\_\_\_, une activité professionnelle adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : une activité semi-sédentaire avec alternance des positions assise et debout, sans port de charges lourdes de plus de 5 à 10 kg, sans travaux nécessitant des genuflexions, la position accroupie prolongée, la montée/descente répétée d'escalier, la montée/descente d'échelle ou d'échafaudage, la marche en terrain irrégulier, une activité répétitive au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur gauche, est exigible à 100% horaire et rendement.

**c)** Dans sa réplique du 3 décembre 2018, A. \_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions de son recours du 12 février 2018. Ce faisant, il a estimé que les contradictions entre les points de vue des docteurs B. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ justifiaient à tout le moins la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

**d)** Dans sa duplique du 11 mars 2019, la CNA a jugé que la réplique de l'assuré n'apportait aucun élément susceptible de remettre en cause sa position. A l'appui de celle-ci, elle a produit une nouvelle appréciation de la docteure P. \_\_\_\_\_ datée du 25 février 2019.

**e)** Par ordonnance du 8 avril 2019, le Juge instructeur a informé les parties que le dossier constitué par l'assurance-invalidité avait été versé à la procédure et leur a imparti un délai pour venir consulter le dossier et transmettre leurs éventuelles déterminations.

**f)** Dans ses déterminations du 8 mai 2019, A. \_\_\_\_\_ a, en réponse à la duplique de la CNA, maintenu son point de vue selon lequel les descriptions de poste de travail présentées par la CNA étaient incompatibles avec les limitations fonctionnelles retenues, de sorte qu'il n'était pas admissible de s'y référer. En ce qui concernait le dossier constitué par l'assurance-invalidité, il estimait que celui-ci confirmait que les limitations s'étendaient en fait à tout son bras gauche. A son avis, en prenant en considération uniquement les conséquences des deux accidents et les limitations qu'ils impliquaient, tout en faisant abstraction des atteintes psychiatriques, il y avait lieu de considérer que son invalidité

était complète, car il n'existait aucun poste de travail susceptible de lui procurer un revenu d'invalidé.

**g)** Dans ses déterminations du 7 juin 2019, la CNA a informé la Cour de céans qu'après avoir pris connaissance du dossier constitué par l'assurance-invalidité, elle renonçait à s'exprimer.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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 et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-accidents, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**b)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**3. a)** Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident.

**b)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA). 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 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

**c)** A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

**4. a)** 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).

**b)** 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).

**5. a)** 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). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**b)** C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**6.** Il n'est pas contesté que le recourant présente à la suite des deux accidents dont il a été victime des séquelles définitives au genou et à l'épaule gauches, lesquelles ne lui permettent plus d'exercer sa profession de plâtrier. Est litigieuse la question de savoir si le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**a)** A titre liminaire, il convient de souligner que cette question ne doit être examinée qu'à la seule lumière des séquelles somatiques présentées par le recourant, les troubles psychiques n'étant pas à la charge de l'assurance-accidents, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas.

**b)** Se fondant sur l'analyse de son médecin d'arrondissement, la docteure F.\_\_\_\_\_ (rapport du 17 mai 2017), laquelle a été confirmée par les appréciations rendues par la docteure P.\_\_\_\_\_ (rapports des 27

juin 2018 et 25 février 2019), l'intimée a retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail entièrement conservée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de position accroupie prolongée, pas de montée/descente d'échelles ou d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'activité répétitive au niveau du bras gauche, pas d'activité au-dessus de l'horizontale, pas d'activité nécessitant le port de charges lourdes de plus de 5 à 10 kilos).

**c)** Cette analyse n'est pas remise en question par les autres médecins consultés par le recourant.

**aa)** Le recourant a séjourné au sein de la Clinique Romande de Réadaptation de Sion (CRR) du 13 avril au 13 mai 2016. Dans leur rapport établi le 25 mai 2016 au terme du séjour, les médecins de la CRR avaient mis en évidence la présence de facteurs contextuels qui influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le recourant (« patient avec syndrome dépressif et vision pessimiste de sa situation, kinésiophobie modérée à sévère avec un score au questionnaire TSK de 56, catastrophisation élevée avec un score au questionnaire PCS de 44, auto-évaluation très basse de ses capacités fonctionnelles avec un score au questionnaire HFS de 2 à la sortie ce qui correspond à un niveau d'effort inférieur à sédentaire, auto-appréciation du handicap très élevé avec un score au questionnaire DASH à 82/100 »).

**bb)** Le docteur X. \_\_\_\_\_ avait certes mis en évidence, sept mois après l'intervention chirurgicale, une évolution très décevante de la situation à l'épaule gauche, tout en soulignant que l'IRM de contrôle montrait que la coiffe était bien cicatrisée et étanche. Ce médecin avait néanmoins souligné l'attitude protectrice adoptée par le recourant (« A l'examen, le patient adopte une attitude très défensive » [rapport du 21 juin 2016] ; « Il garde une attitude protectrice en tenant le bras au corps », « Il faudra encore évaluer à plus ou moins long terme s'il finit par se libérer de son attitude surprotectrice au niveau de son épaule et ainsi récupérer progressivement des mobilités articulaires » [rapport du 31 octobre 2016]

; « Le patient garde toujours cette attitude protectrice bras au corps dans laquelle il se sent confortable » [rapport du 31 mars 2017]).

**cc)** Dans son rapport du 20 novembre 2017, le docteur B.\_\_\_\_\_ a relevé pour sa part l'existence de limitations fonctionnelles importantes avec des restrictions liées en partie à son état physique, mais également la présence d'une kinésiophobie associée à un état anxio-dépressif qui empêchait le recourant de progresser. S'il a conclu à l'absence de toute capacité résiduelle de travail même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il convient d'admettre que ce médecin a procédé à une appréciation globale de la situation, détachée des seules atteintes objectives de nature somatique.

**dd)** De manière générale, les observations rapportées dans le dossier dressent un tableau clinique objectif peu cohérent avec l'importance des plaintes alléguées par le recourant, démontrant ainsi l'importance du rôle joué par les phénomènes d'autolimitation et la kinésiophobie, respectivement par des symptômes d'origine psychique. A l'image de la docteure P.\_\_\_\_\_, on peine en effet à concevoir que les atteintes dont souffre le recourant l'empêcheraient d'exercer une activité principalement de type sédentaire, étant précisé que le membre supérieur gauche est adominant et que le coude et la main gauches ne présentent aucune atteinte.

**d)** Les renseignements médicaux sont complets et permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Dans ces conditions, il n'apparaît pas utile d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, si bien que la requête formulée par le recourant en ce sens doit être rejetée.

**e)** En conclusion, il y a lieu de retenir que le recourant dispose, à l'aune des séquelles somatiques de ces accidents, d'une capacité de travail entièrement conservée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**7.** Cela étant constaté, il convient encore d'examiner le degré d'invalidité du recourant, singulièrement la question de son revenu d'invalidé.

**a)** Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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).

**b)** Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. 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 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

**c)** En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des DPT prises en considération par l'intimée et du montant de 54'193 fr. retenu au titre de revenu d'invalidé. Compte tenu des limitations objectives retenues, il apparaît en effet que lesdites DPT sont compatibles avec l'état de santé du recourant, puisqu'elles s'exercent principalement de façon sédentaire et n'exigent aucun port de charges supérieures à 5 kg ou de travailler au-dessus du plan des épaules. Comme le relève le recourant, il est vrai que toutes ces activités nécessitent l'usage des deux mains. La docteure P.\_\_\_\_\_ a néanmoins expressément précisé que la main gauche demeurait entièrement fonctionnelle et que tous les mouvements du coude, du poignet, de la main et des doigts étaient possibles.

**d)** Cela étant constaté, il n'y a pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus opérée par l'intimée, si bien que le taux d'invalidité de 16 % doit être confirmé.

**8.** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**9. a)** Dès lors que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD).

**b)** Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 11 janvier 2018 est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Yero Diagne (pour A. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :