

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> juillet 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; art. 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** Né le [...] 1958, C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) travaillait comme serrurier sur véhicule pour le compte de la société [...] SA et était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels, lorsqu'il s'est cogné le dessus de l'épaule droite contre le châssis du pont d'un semi-remorque le 17 juin 2014. Le cas a été pris en charge par la CNA (décision du 9 décembre 2014).

**b)** L'atteinte a été examinée notamment lors de l'arthro-IRM de l'épaule droite pratiquée le 3 juillet 2014, laquelle n'avait pas révélé de lésion osseuse post-traumatique identifiable, ni de fracture visible, ni de lésion des tendons du supra ni de l'infra-épineux. Le biceps était intact et la trophicité musculaire de l'ensemble des muscles de la coiffe des rotateurs était préservée. Il subsistait en revanche un doute par rapport à une petite lésion tendineuse dans la partie supérieure du sous-scapulaire avec un petit hypersignal focal au niveau de son insertion sur le tubercule mineur.

Dans un rapport intermédiaire du 11 septembre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin chef des Etablissements hospitaliers [...], a posé les diagnostics de lésion de la coiffe des rotateurs (tendon du sous-scapulaire) de l'épaule droite, d'arthrose acromio-claviculaire et de statuts post traumatisme de l'épaule droite et a recommandé une intervention chirurgicale. Ainsi, le 24 septembre 2014, l'assuré avait bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule droite avec réparation de la coiffe (tendon du sous-scapulaire), d'un débridement de la lésion du sus-épineux, d'une ténodèse du long biceps, d'une décompression sous-acromiale, et d'une acromioplastie avec résection acromio-claviculaire.

L'arthro-IRM du 25 juin 2015 concluait à un status post-opératoire post-résection de la clavicule distale et une partie de l'acromion, un status post-ténodèse bicipitale et un status post-fixation du tendon sous-scapulaire avec altérations de signal correspondant, mais sans signe de déchirure. Les autres tendons de la coiffe des rotateurs étaient intacts et il n'y avait pas de lésion labrale.

**c)** L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 août 2015 (courrier du 26 mai 2015).

**d)** En raison de douleurs persistantes, le 15 septembre 2015, l'assuré a subi une nouvelle arthroscopie de l'épaule droite avec réparation de la coiffe (tendon du sous-scapulaire), une décompression sous-coracoïdienne, une synovectomie partielle, une décompression sous-acromiale et une décompression du nerf supra-scapulaire, la fin du traitement étant prévue six mois après l'opération selon le rapport intermédiaire du Dr F. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2015. Dans un rapport du 28 janvier 2016, le Dr F. \_\_\_\_\_ a constaté que l'évolution était favorable, que le patient disait aller beaucoup mieux, qu'il y avait encore des douleurs de temps en temps de type « décharge » mais qu'il ne se plaignait pas de douleurs importantes ; le pronostic étant généralement bon, la reprise du travail partielle progressive pouvait avoir lieu dès 6 mois post-opératoires, étant précisé que des douleurs pouvaient persister au niveau de l'épaule droite.

Le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement, a examiné l'assuré le 6 avril 2016 et a constaté que l'épaule droite était souple, sensible à la mobilisation, surtout en fin de course, avec des signes du conflit qui n'étaient pas clairement positifs. Il a ajouté que le sous-scapulaire paraissait fonctionnel mais qu'il n'avait pas une force normale. La mobilité active était bien récupérée mais tout le membre supérieur droit manquait de force. En l'état, le Dr D. \_\_\_\_\_ a conclu que la reprise de l'activité habituelle qui était manifestement lourde n'était pas envisageable et a proposé d'adresser l'assuré à la Clinique B. \_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique B. \_\_\_\_\_), tout en soulignant qu'il

était peu probable que cette mesure lui permît de retrouver le chemin du travail.

L'assuré a séjourné à la Clinique B.\_\_\_\_\_ du 3 au 31 mai 2016 afin de suivre des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite. Selon le rapport du 17 juin 2016, les examens sur les plans psychiatrique et neurologique n'avaient abouti à aucun diagnostic. Sur le plan orthopédique, une échographie de l'épaule avait mis en évidence une tendinopathie chronique du sous-scapulaire et du sus-épineux et un conflit sous-acromial. Les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et W.\_\_\_\_\_ de la Clinique B.\_\_\_\_\_ ont indiqué que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées, mais que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré, tels que l'âge et l'absence de contrat de travail. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : travail répétitif avec le membre supérieur droit, port de charges et travail au-dessus du plan des épaules, port de charges en dessous limité à 10 kg rarement, pas de restriction en dessous de 5 kg et pas de limitation dans les travaux fins. Ils ont ajouté que la situation était stabilisée sur un plan médical et que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, mais favorable dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'assuré avait suivi une évaluation des capacités professionnelles qui a dû être interrompue en raison de douleurs.

L'arthro-IRM du 17 mai 2016 indiquait un status post-opératoire au niveau acromio-claviculaire, une déchirure interstitielle de l'insertion du sus-épineux s'étendant sur environ 7 mm, une ancienne rupture de quelques fibres supérieures du sous-scapulaire, une rupture de quelques fibres postérieures de l'infra-épineux en regard de son insertion associée à une déchirure interstitielle s'étendant sur 1,4 cm.

Le 12 janvier 2017, le Prof. V.\_\_\_\_\_, chef du service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier [...] et spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré et, dans son rapport du 16 janvier 2017, a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies droites, status après reprise de réparation du sous-scapulaire droit en septembre 2015, status après réparation du sous-scapulaire droit, ténodèse du long biceps, acromioplastie et résection claviculaire distale en septembre 2014 et status après acromioplastie droite en 2000. Il a conclu que l'assuré présentait des douleurs chroniques de l'épaule droite persistantes après trois interventions chirurgicales, dont deux réparations du sous-scapulaire. A l'examen objectif, l'épaule était souple, la coiffe était globalement en continuité et compétente. Les douleurs étaient par ailleurs peu spécifiques et n'avaient pas répondu à une infiltration sous-acromiale écho-guidée. Dans ce contexte, il était d'avis qu'une quatrième intervention chirurgicale n'apporterait pas d'amélioration significative et proposait de poursuivre les mesures conservatrices.

Le 21 février 2017, l'assuré a été examiné par le Dr D. \_\_\_\_\_ qui a constaté qu'objectivement l'épaule droite était tout à fait souple mais douloureuse à la mobilisation, au passage de l'horizontale et en fin d'amplitudes, avec des signes du conflit qui étaient douteux chez un patient devenu extrêmement dolent et expressif. Le Jobe était tenu mais il fallait passablement insister et la mise sous tension du sus-épineux paraissait sensible. La force en rotation externe était conservée et le sous-scapulaire était fonctionnel mais manquait de force. La mobilité active était modérément limitée, inchangée. Passivement, les amplitudes articulaires étaient nettement améliorables mais le patient faisait valoir de vives douleurs. Tout le membre supérieur droite manquait de force mais il n'y avait pas de déficit au testing musculaire, ni de trouble de la sensibilité. Le médecin était d'avis d'en rester là d'un point de vue thérapeutique, la physiothérapeute ayant conseillé à juste titre d'espacer les séances. Il a ajouté que l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit les charges moyennes, surtout les bras en porte-à-faux, et les mouvements en hauteur. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après :

l'IPAI), il s'est référé à la table 5 du barème et a retenu un taux de 10 % par analogie à une omarthrose droite de gravité moyenne.

e) Sous l'égide de l'assurance invalidité, l'assuré a suivi un stage d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) auprès de l'Orif du 14 août 2017 au 12 novembre 2017. Il en est ressorti que son rendement ne dépassait pas 10 %, de sorte qu'il semblait peu réaliste à la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'Office vaudois de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud de retenir une exigibilité à 100% dans une activité adaptée. Le bilan d'orientation effectué le 6 novembre 2017 indiquait que l'assuré avait fait preuve d'une excellente collaboration et s'était beaucoup investi. Néanmoins, les douleurs étaient omniprésentes, constantes voire se sont aggravées au fil des semaines au point que l'assuré avait dû être arrêté à plusieurs reprises. Il était indiqué que l'assuré avait agi comme s'il avait peur qu'on le prenne pour un profiteur, alors qu'objectivement il ne pouvait pas faire plus que ce qu'il avait donné durant la mesure. Selon les auteurs du rapport, un travail dans l'économie ne paraissait pas réalisable. Leur rapport du 6 novembre 2017 précisait en outre :

« La douleur à l'épaule droite est permanente et augmente à l'effort même moindre, comme le maniement d'une souris d'ordinateur. Des troubles du sommeil sont consécutifs à la douleur. La qualité du travail et les rendements se situent en-deçà des exigences du premier marché du travail, soit un 10% !

M. C. \_\_\_\_\_ a parcouru les modules à sa disposition en électricité, en horlogerie, en préparation à l'activité industrielle légère, en logistique d'atelier et il a effectué un stage dans notre section logistique. Toutes les activités que M. C. \_\_\_\_\_ a pratiquées nous amènent à la même conclusion : douleur entraînant fatigue, difficultés de concentration et parfois découragement. La douleur est omniprésente pour M. C. \_\_\_\_\_ et malgré toute sa motivation il n'arrive pas à trouver une activité qui lui convienne. Ses limitations fonctionnelles ne lui permettent pas d'élaborer un projet professionnel de reclassement, car tous les essais ont été vains.

Comme votre patient ne peut pas prétendre transférer ses compétences professionnelles à un niveau plus intellectuel dans une activité sédentaire, aucune piste de l'économie ne s'ouvre pour ce sexagénaire. Il est sûrement aussi important d'évoquer les douleurs de l'épaule gauche, sollicitée en compensation. Et enfin le genou droit pour lequel la pose d'une prothèse totale devient tantôt un projet d'actualité. Cette situation s'associe à une réalité de couple parfois déprimante. En effet, l'épouse de M. C. \_\_\_\_\_ souffre d'une atteinte à la santé qui l'empêche de travailler.

En conclusion, afin que le SMR [Service médical régional] puisse réétudier la situation, il conviendrait sans doute que les rapports médicaux soient actualisés, puisqu'il semble, selon nos observations dans des situations de travail, que l'état de santé de M. C. \_\_\_\_\_ se soit péjoré. »

Le 11 janvier 2018, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin chef du département d'anesthésie et centre d'antalgie de l'Hôpital de [...] et spécialiste en anesthésiologie, a confirmé que la tentative de réinsertion s'était soldée par un échec en raison de douleurs importantes, invoquant une aggravation de la symptomatologie.

**f)** Le 17 novembre 2017, le Prof. V. \_\_\_\_\_ a relevé que la symptomatologie persistait avec des douleurs à la mobilisation et en partie au repos, ajoutant que l'assuré mentionnait aussi un début de douleurs de son épaule gauche, des céphalées et des cervico-scapulo-brachialgies à droite avec des sensations de dysesthésies occasionnelles au niveau de la main droite. Il n'a cependant observé aucun trouble dégénératif significatif sur les images. Il ne concluait pas à une proposition de nouvelle prise en charge médicale et n'avait pas de traitement fonctionnel à proposer, outre l'antalgie et la physiothérapie.

L'assuré a été examiné par le Dr D. \_\_\_\_\_ le 28 février 2018, dont l'appréciation était la suivante :

« Le patient, qui est venu avec sa femme, dit qu'il n'arrive pas à se remettre. Il souffre énormément de l'épaule D [droite] dès qu'il la sollicite un peu. Il doit la ménager en maintenant son bras D au corps, fléchissant la nuque pour manger ou se raser. Il a pris l'habitude de faire beaucoup de choses avec la main G [gauche] et il commence à souffrir de l'autre épaule. Il a dû renoncer à entretenir son jardin potager et il s'est résolu à mettre un pommeau au volant de sa voiture pour pouvoir le tourner d'une seule main. Il va d'ailleurs devoir passer un examen pour valider ce dispositif. Il a aussi beaucoup de douleurs nocturnes qui le réveillent et il a de la peine à trouver une bonne position pour dormir. Les douleurs sont postérieures, au-dessus de l'épine de l'omoplate, irradiant vers la nuque et le bras D.

A l'examen clinique, chez un patient manifestement inquiet et déstabilisé, sans être exclu, le MSD [membre supérieur droit] est un peu mis de côté.

Objectivement, on retrouve une amyotrophie assez marquée de l'épaule D, s'étendant au bras D mais qui ne s'est pas accentuée. L'épaule D est souple mais douloureuse à la mobilisation, dès qu'on s'approche de l'horizontale avec des signes du conflit qui sont douteux, chez un patient toujours assez dolent et expressif. Le Jobe est tenu mais il faut beaucoup insister et la mise sous tension du sus-épineux paraît électivement douloureuse. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel mais il manque de force.

La mobilité active est clairement en retrait en élévation et en abduction alors que les rotations sont mieux conservées. Passivement, les amplitudes articulaires sont facilement améliorables mais le patient fait valoir de vives douleurs. Tout le MSD manque de force mais il n'y a pas de déficit au testing musculaire, pas de troubles de la sensibilité.

Pour ma part, je n'ai pas d'explication claire à l'importance de ce handicap subjectif et à cette impossibilité de travailler, même dans une activité adaptée, et je pense que des facteurs non orthopédiques jouent un rôle important dans cette évolution.

Une nouvelle évaluation stationnaire et multidisciplinaire à la Clinique B.\_\_\_\_\_ s'impose.

On fera une arthro-IRM de l'épaule D et on montrera le patient au Dr [...]. On fera également un examen neurologique avec ENMG [électroneuromyogramme] et bien sûr, une évaluation psychiatrique. »

Le 13 mars 2018, le Dr K.\_\_\_\_\_ a confirmé que les douleurs s'accompagnaient d'une limitation claire de la mobilité de l'épaule et d'une certaine amyotrophie du bras droit, que la prise en charge n'avait pas permis d'améliorer la situation de façon majeure et qu'il n'avait pas d'autre solution à proposer du point de vue de l'antalgie interventionnelle, l'utilisation de patchs de Neurodol et de séances d'autohypnose ne servant qu'à permettre de courts moments de répit.

L'assuré a effectué un second séjour à la Clinique B.\_\_\_\_\_, du 22 mars au 17 avril 2018, pour des thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies droites. On extrait les éléments suivants du rapport du 7 mai 2018 :

« **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

□ ***Thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies droites.***

**DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- **7.06.2014 : traumatisme épaule droite**
- **Lésion du sous-scapulaire, lésion discrète du supra-épineux, tendinopathie du long chef du biceps, bursite sous-acromiale, arthrose acromio-claviculaire (à l'arthroscopie du 24.09.2014)**

**Interventions :**

- **24.09.2014 : arthroscopie, réparation du sous-scapulaire. Lésions supra-épineux débridées. Ténodèse du long chef du biceps. Acromioplastie. Résection acromio-claviculaire.**
- **15.09.2015 : réparation du sous-scapulaire.**
- **2017 : blocs sus-épineux**

[...]

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : aucun.

**Sur le plan psychiatrique** [ndr : consilium psychiatrique du 27 mars 2018 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie] : aucun. Le patient a été évalué par notre psychiatre. Les éléments anamnestiques et l'observation actuelle ne font pas retenir de psychopathologie avérée. On relève cependant une évolution qui, par peur de l'exacerbation des douleurs ainsi que par une lassitude face aux douleurs, s'est faite vers une sous-utilisation du membre supérieur droit. Par ailleurs, on perçoit une diminution claire de la capacité à se projeter dans une quelconque reprise professionnelle, le patient mettant aussi en avant son âge.

**Sur le plan neurologique** [ndr : rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 9 avril 2018] : aucun. Une évaluation clinico-électrophysiologique n'a apporté aucun argument en faveur d'une atteinte des structures nerveuses, notamment proximales de type plexopathie ou radiculopathie à l'origine des doléances du patient au niveau du membre supérieur droit. Persistance d'une conduction sensitivo-motrice altérée du nerf médian droit, correspondant à une neuropathie médiane sensitivo-motrice purement démyélinisante focale au carpe, probablement séquellaire d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Actuellement, en l'absence de toute symptomatologie de tunnel carpien, aucune mesure thérapeutique n'est nécessaire.

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

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : patient qui est très centré sur la douleur, kinésiophobie légère, sous-estimation de ses capacités fonctionnelles.

Entrent également en ligne de compte, sur le plan professionnel: longue période sans travailler, absence de contrat de travail.

[...]

Le traitement antalgique n'a pas été modifié.

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

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

Aucune incohérence n'a été relevée.

Au cours du séjour, le patient a été pris en charge aux ateliers professionnels. Il a exprimé une grande difficulté en rapport avec son épaule droite, dans une activité très légère, qui peut être réalisée principalement avec le bras gauche, et qui a duré environ 35 minutes.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : port de charges >5-10kg à répétition, port de charges >10-15kg, activité nécessitant la force du membre supérieur droit, activité des membres supérieurs au-dessus du plan des épaules.

La situation est sur le point d'être stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer l'intégration du membre supérieur droit dans les activités.

En raison de questions organisationnelles, le patient n'a pas pu être vu par notre consultant spécialisé en chirurgie de l'épaule.

Au vu de l'évolution douloureuse après deux chirurgies et les facteurs contextuels qui semblent jouer un rôle non négligeable dans l'évolution clinique, nous ne retenons pas d'indication à une intervention chirurgicale.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident et des facteurs non-médicaux.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable, en raison des facteurs non médicaux. En effet, le patient n'est pas du tout engagé dans un processus de retour au travail. »

Le service de réadaptation professionnelle de la Clinique B. \_\_\_\_\_ a noté dans son rapport du 23 mars 2018 que la prise en charge aux ateliers avait été interrompue après une activité. Cette activité était très légère et pouvait être réalisée principalement avec une seule main. Toutefois, l'assuré avait déclaré être en grande difficulté au niveau de son épaule droite. Il était expressif concernant la douleur qu'il disait ressentir et compensait passablement avec le haut de son corps, même au repos. Il avait expliqué qu'un de ses médecins à l'extérieur de la clinique lui aurait

dit d'éviter tous mouvements ou autres gestes qui provoqueraient une douleur, même moindre. De plus, l'assuré avait suivi une mesure dans un centre d'évaluation, dont le rapport indiquait que celui-ci possédait un rendement de 10 % dans toutes les activités testées. De ce fait, il avait mis en avant ces deux éléments pour affirmer qu'il ne pouvait plus réaliser d'activités et se limitait systématiquement au motif de douleurs.

L'arthro-IRM du 27 mars 2018 faisait état, par rapport à l'IRM de 2016, d'un status post-réinsertion du versant proximal du tendon du sous-scapulaire avec diminution de la tuméfaction en hypersignal à ce niveau par rapport au comparatif sans fissuration nouvelle décelée, d'une réinsertion du tendon du sus-épineux sans rupture nouvelle et d'une apparition de fissurations nouvelles bifocales antéro-supérieures et postérieures du labrum.

Enfin, lors de son examen final du 20 juin 2018, le Dr D. \_\_\_\_\_ a formulé l'appréciation suivante :

« Le patient, qui est venu avec sa femme, dit qu'il n'y a pas beaucoup d'évolution. Il souffre toujours passablement de l'épaule D, notamment en fin de journée, selon l'activité déployée. Il s'efforce d'utiliser sa main D mais s'il en fait trop, « il le paye ensuite cash ». Il paraît quand même un peu moins gêné au quotidien, ne semble plus fléchir la nuque pour compenser, refait un peu la cuisine en s'aidant d'un mixer, dépoussière sa collection de petites voitures, mais ne pourrait pas passer l'aspirateur. Il a toujours un pommeau sur le volant de sa voiture, dispositif qui est maintenant inscrit sur son permis de conduire après un examen. Ses autres permis lui ont été retirés. De manière générale, le patient se sent diminué alors qu'il était très actif avant l'accident et cette situation lui tombe sur le moral. Il a aussi des douleurs nocturnes et il est fréquemment réveillé la nuit. Il ne peut pas se coucher sur l'épaule D.

A l'examen clinique, chez un patient paraissant un peu plus serein que précédemment, le MSD est toujours un peu mis de côté.

Objectivement, on retrouve une amyotrophie assez marquée de l'épaule D, s'étendant au bras D, mais elle ne s'est pas accentuée. L'épaule D est souple, douloureuse à la mobilisation dès qu'on s'approche de l'horizontale que l'on dépasse cependant largement et facilement chez un patient toujours assez dolent et expressif. Le Jobe est tenu mais la mise sous tension du sus-épineux semble toujours électivement sensible. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel mais il manque de force. La mobilité active a un peu progressé. La mobilité passive est

pratiquement complète. À hauteur de ceinture, le patient a une bonne force.

A noter qu'une arthro-IRM de contrôle n'a pas montré de nouvelle déchirure de la coiffe des rotateurs.

Mes réflexions du 28.02.2018 restent donc d'actualité.

La poursuite de la physiothérapie et la prise en charge dans le Service d'antalgie de l'Hôpital de [...] peuvent se concevoir encore quelque temps pour une meilleure qualité de vie du patient mais il est clair qu'aucune mesure thérapeutique n'est susceptible d'améliorer notablement la situation.

Les limitations fonctionnelles ont été une nouvelle fois précisées lors du séjour à la Clinique B.\_\_\_\_\_.

Dans une activité respectant ces limitations, je ne peux que répéter que la capacité de travail est entière.

Je confirme également le taux d'atteinte à l'intégrité retenu à l'issue de l'examen à l'agence du 21.02.2017. »

**g)** En définitive, l'assuré a été en incapacité de travail à 100 % dès l'accident jusqu'au 31 janvier 2015, puis à 50 % du 1<sup>er</sup> février 2015 au 23 août 2015, puis à 100 % du 24 août 2015 au 31 mars 2016, puis à 50 % du 1<sup>er</sup> avril au 30 avril 2016. Après un séjour à la Clinique B.\_\_\_\_\_, il a à nouveau été en incapacité de travail totale.

**B. a)** La CNA a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2018 par décision du 12 juillet 2018.

Par décision du 30 juillet 2018, elle a fixé le montant de l'IPAI à 12'600 fr. en se fondant sur un gain annuel de 126'000 fr. et une diminution de l'intégrité de 10 %. Elle a en outre accordé une rente d'invalidité de 1'521 fr. calculée sur un taux de 27 % d'incapacité de gain, le gain assuré étant de 84'500 fr., considérant qu'en dépit des seules séquelles de l'accident qui occupe l'assurance-accidents, l'assuré serait à même d'exercer une activité plus légère dans différents secteurs du monde industriel, par exemple dans l'horlogerie, sous réserve des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive ou des activités nécessitant une certaine force de la part du membre supérieur droit. Les travaux en dessus des épaules étaient à proscrire. La CNA a estimé qu'une telle activité était exigible en

plein et permettrait à l'assuré de gagner 62'014 francs. Comparé au gain réalisable sans l'accident de 84'500 fr., il en résultait une perte économique de 26,6 %, la rente d'invalidité étant allouée au taux de 27 %.

Il est précisé que l'assuré a perçu un salaire de 6'500 fr. brut par mois treize fois l'an, entre 2013 et 2015, salaire qu'il aurait continué à percevoir jusqu'en 2018, selon attestations de son employeur. Pour fixer le revenu avec invalidité, la CNA a pris en considération 5 DPT (descriptions de postes de travail) présentant un salaire moyen de 62'014 fr. annuel en 2018 pour les activités d'ouvrier en horlogerie (angleur manuel sur touret), collaborateur de production (rectifieur/tourneur), rectifieur (ouvrier), ouvrier de scierie (trieur) et employé de montage (opérateur-régleur pré-montage), respectant les limitations fonctionnelles. Elle a en outre présenté un panel d'activités légères répondant aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

**b)** Une nouvelle mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) a été accordée par l'OAI à l'assuré du 28 août au 2 octobre 2018. Le rapport de fin de mesure du 7 octobre 2018 indiquait qu'en raison de son état de santé physique, il n'avait pas été possible pour l'assuré de travailler les cibles professionnelles et qu'aucun stage n'avait pu être envisagé en raison de la santé actuelle de l'assuré. Celui-ci avait réalisé 10 demi-journées sur les 28 prévues, la mesure ayant été arrêtée le 10 septembre 2018. Il en résultait que l'assuré avait eu des difficultés sur les exercices demandant de la réflexion et que ses douleurs récurrentes l'avaient gêné quotidiennement et avaient conduit à l'interruption de l'atelier. Le rapport relevait que l'assuré était revenu chaque matin sur ses douleurs, qui étaient amplifiées par la position assise d'une part et par l'utilisation de sa main droite pour écrire d'autre part. Les observations révélaient, sur le plan de la motricité, que les points d'appuis fonctionnels étaient placés de manière inadéquate, que la position assise était impossible après une heure, que l'assuré variait constamment de positions et que malgré cela, il avait des douleurs très importantes dans l'épaule, le bras et la nuque, ce qui générait des maux de tête. Ecrire était également difficile pour lui. En termes de résistance, l'assuré ne pouvait pas assumer

une demi-journée. Il manquait d'attention, la douleur parasitant sa concentration. Le fait d'être restreint physiquement dans l'exécution de gestes lui faisait dire qu'il ne pouvait rien faire du tout. Il se montrait défaitiste et pessimiste. Il restait beaucoup bloqué sur le fait qu'il ne pouvait plus travailler depuis quatre ans et ruminait beaucoup sur ce qui lui était arrivé. Il avait un sentiment d'injustice, avait tendance à négliger et minimiser ses compétences et ses qualités malgré ses quarante ans d'expérience ; le processus de deuil était très difficile pour lui. Il ne parvenait pas à voir les compétences qu'il pourrait être en mesure de transférer. L'assuré n'était ainsi pas en mesure de travailler tant sur de nouvelles pistes professionnelles que sur une reprise d'activité avec les limitations fonctionnelles qu'il présentait. Afin de progresser, il lui était proposé de travailler sur sa confiance en lui et sur le processus de deuil.

**c)** Le 13 septembre 2018, l'assuré, par le biais de son conseil, a fait opposition à la décision de la CNA du 30 juillet 2018.

Par décision du 9 novembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

**C.** Par acte du 11 décembre 2018, l'assuré a recouru contre cette décision et conclu principalement à son annulation et à ce qu'un complément d'instruction soit ordonné afin de déterminer l'origine des douleurs ressenties ainsi que l'étendue des limitations qui l'affectent actuellement, subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité soit accordée avec effet au 1<sup>er</sup> septembre 2018 fondée sur un degré d'invalidité dépassant les 27 % et que l'IPAI accordée soit fondée sur une atteinte à l'intégrité supérieure à 10 %. A l'appui de son écriture, l'assuré a notamment produit un avis du 4 octobre 2018 du Dr K.\_\_\_\_\_. Ce dernier a maintenu qu'il était pessimiste pour la reprise d'une activité quelle qu'elle fut pour l'assuré, compte tenu de ses douleurs à l'épaule, s'étendant dès lors également à la nuque, aux trapèzes, avec des céphalées.

Le 26 février 2019, la CNA s'est déterminée et a conclu au rejet du recours.

Le 21 mars 2019, le recourant s'est référé à son acte de recours.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, plus précisément les taux à la base de ces prestations.

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

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

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à 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 cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGGA 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**b)** Dans son appréciation de la capacité de travail, l'intimée a relevé que, selon l'examen objectif du 17 novembre 2017 du Prof. V.\_\_\_\_\_, l'épaule du recourant était généralement souple avec une rotation externe symétrique de 50° des deux côtés, la rotation interne s'effectuant facilement jusqu'à L1, mais que tous les mouvements étaient douloureux. Elle a ajouté qu'après avoir fait plusieurs examens cliniques, le Dr D.\_\_\_\_\_ n'avait pas trouvé d'explication claire lui permettant de comprendre l'importance du handicap exprimé par le recourant au niveau du membre supérieur droit et l'impossibilité pour ce dernier de travailler, même dans une activité adaptée. Des facteurs non orthopédiques jouaient, selon lui, un rôle important. Le Dr D.\_\_\_\_\_ avait ainsi retenu

sur le plan des constatations objectives, que l'épaule droite du recourant était souple, douloureuse à la mobilisation dès que l'on s'approchait de l'horizontale, mais que l'on pouvait néanmoins largement et facilement dépasser chez un assuré toujours assez dolent et expressif. Puis, l'intimée a noté qu'à l'issue du second séjour effectué à la Clinique B.\_\_\_\_\_, les médecins du centre de réadaptation avaient considéré que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées durant le séjour, mais que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles, le recourant étant resté très centré sur la douleur et ayant également tendance à sous-estimer ses capacités fonctionnelles. Le consilium psychiatrique établi le 27 mars 2018 par le Dr M.\_\_\_\_\_ avait également révélé qu'il existait chez le recourant une diminution claire de la capacité à se projeter dans une quelconque reprise professionnelle en raison notamment de son âge.

L'intimée a considéré que les constatations du Dr D.\_\_\_\_\_ se superposaient avec celles faites par le Prof. V.\_\_\_\_\_. Puis, après avoir pris connaissance des résultats de l'arthro-IRM de contrôle effectuée le 27 mars 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ avait fait siennes les limitations fonctionnelles définies par les médecins de la Clinique B.\_\_\_\_\_ et était arrivé à la conclusion que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité respectant lesdites limitations. L'intimée a noté que le rapport médical du Dr K.\_\_\_\_\_ du 4 octobre 2018, qui se focalisait sur les douleurs ressenties par le recourant n'apportait pas d'argument objectif permettant de remettre en question les conclusions du Dr D.\_\_\_\_\_, concordantes avec celles du Prof. V.\_\_\_\_\_ et des médecins de la Clinique B.\_\_\_\_\_. Elle a en outre privilégié les données médicales permettant généralement une appréciation objective du cas par rapport aux constatations subjectives mentionnées dans les rapports de fin de mesure d'orientation professionnelle, ajoutant que les résultats de ces stages concordaient avec la personnalité du recourant très centrée sur ses douleurs.

**c)** Le recourant conteste le point de vue de l'intimée, en tant que celle-ci se base sur l'évaluation médicale du Dr D.\_\_\_\_\_. Quand bien

même, selon l'intimée, les avis médicaux du Prof. V.\_\_\_\_\_, du Dr D.\_\_\_\_\_ et des médecins de la Clinique B.\_\_\_\_\_ convergeaient en substance en ce sens que les plaintes émises par le recourant n'étaient pas objectivables d'un point de vue médical et s'expliquaient par le fait qu'il était très centré sur la douleur, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en compte le rapport établi le 6 novembre 2017 à la suite du stage effectué à l'Orif et d'avoir considéré que les constatations faites lors dudit stage étaient susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré de sorte que les données médicales qui permettaient généralement une appréciation objective du cas devaient l'emporter. Le recourant fait en outre grief à l'intimée de ne pas avoir pris en considération l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_ du 4 octobre 2018, ni les motifs d'interruption de la mesure AI de réinsertion professionnelle indiqués dans le rapport du 7 octobre 2018. Il soutient que ces pièces démontrent l'inexigibilité de toute activité professionnelle, faisant valoir en substance que la douleur est permanente et que son rendement au travail n'est que de 10 %. Il requiert un complément d'instruction afin de comprendre pour quelle raison médicale il ressent objectivement autant de douleurs.

**d)** S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (il est admis qu'il ne peut plus exercer son activité habituelle) et de son exigibilité, on relève qu'en janvier 2016 déjà le Dr F.\_\_\_\_\_ constatait une évolution favorable, le recourant n'ayant plus que des douleurs de temps en temps de type « décharge » mais qu'il ne se plaignait pas de douleurs importantes et qu'une reprise du travail partielle et progressive pouvait avoir lieu dès six mois après l'opération, tout en ajoutant que des douleurs pouvaient persister au niveau de l'épaule (rapport du 28 janvier 2016).

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a constaté en avril 2016 que le sous-scapulaire paraissait fonctionnel et que la mobilité active avait été récupérée mais que tout le membre supérieur droit manquait de force. Il a donc adressé le recourant à la Clinique B.\_\_\_\_\_ pour une réadaptation. Les médecins de la Clinique B.\_\_\_\_\_ ont constaté en mai 2016 que les

plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées, mais que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le recourant, tels que l'âge et l'absence de travail. Ils ont retenu que la situation était stabilisée sur un plan médical et que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était favorable.

Le Prof. V.\_\_\_\_\_ a confirmé en janvier 2017, puis en novembre 2017, que la situation médicale était stable, qu'à l'examen objectif, l'épaule était souple et la coiffe compétente et qu'il n'avait observé aucun trouble dégénératif significatif sur les images, ajoutant que les douleurs dont le recourant se plaignait étaient peu spécifiques.

Lors du second séjour à la Clinique B.\_\_\_\_\_, les médecins ont remarqué que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives, mais que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le recourant. Ils ont ajouté que le recourant était très centré sur la douleur, qu'il faisait preuve de légère kinésiophobie et qu'il sous-estimait ses capacités fonctionnelles. En outre, la longue période sans travailler et l'absence de contrat de travail entraient en ligne de compte. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieur à 5-10 kg à répétition, pas de port de charges supérieur à 10-15 kg, pas d'activité nécessitant la force du membre supérieur droit, pas d'activité des membres supérieurs au-dessus du plan des épaules. Le psychiatre, le neurologue et l'orthopédiste de la Clinique B.\_\_\_\_\_ n'ont émis aucun diagnostic d'atteinte invalidante.

Procédant à de nouveaux examens cliniques, le Dr D.\_\_\_\_\_ a constaté dans son rapport du 20 juin 2018 que l'épaule droite était toujours souple et douloureuse à la mobilisation dès qu'on s'approchait de l'horizontale, que l'on dépassait cependant largement et facilement chez un patient assez dolent et expressif, que la force en rotation externe était conservée, que le sous-scapulaire était fonctionnel mais manquait de

force, que la mobilité active avait un peu progressé et que la mobilité passive était pratiquement complète. L'arthro-IRM n'avait pas révélé de nouvelle déchirure. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a confirmé que la capacité de travail restait entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la Clinique B.\_\_\_\_\_.

L'ensemble des constatations médicales attestent de la stabilité de l'état de santé du recourant et de sa capacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites tant par les médecins de la Clinique B.\_\_\_\_\_ que par le Dr D.\_\_\_\_\_.

Certes, il est constant que le recourant présente des difficultés à exercer une nouvelle activité professionnelle, toutefois celles-ci ne sont pas liées à son état de santé, mais à des facteurs contextuels extérieurs tels que son âge, le ressenti du recourant face à l'impossibilité d'exercer sa précédente activité professionnelle, le fait de ne pas être en mesure d'envisager une reconversion professionnelle. Ces faits ressortent de l'ensemble des pièces au dossier, y compris des rapports de fin de mesure tendant à la réinsertion professionnelle. Celui de l'Orif du 6 novembre 2017 a montré que le recourant avait pu essayer plusieurs ateliers différents mais qu'aucun ne lui avait convenu, tout étant systématiquement ramené à ses douleurs, même le maniement d'une souris lui créant des douleurs à l'épaule. L'Orif a noté que cette situation s'associait à une réalité de couple parfois déprimante. Le psychiatre de la Clinique B.\_\_\_\_\_ a également observé une diminution claire de la capacité à se projeter dans une quelconque reprise professionnelle, le recourant mettant aussi en avant son âge. Au cours du second séjour à la Clinique B.\_\_\_\_\_, le recourant avait exprimé une grande difficulté en rapport avec son épaule droite, dans une activité très légère, qui pouvait être réalisée principalement avec le bras gauche et qui avait duré 35 minutes. Les médecins de la Clinique B.\_\_\_\_\_ ont relevé que les facteurs contextuels semblaient jouer un rôle non négligeable dans l'évolution clinique ; le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable en raison des facteurs non médicaux, le recourant n'étant pas du tout engagé dans un processus de

retour au travail. Le service de réadaptation professionnelle de la Clinique B.\_\_\_\_\_ a rapporté que le recourant avait mis en avant le fait qu'un médecin lui avait dit d'éviter tout mouvement pour éviter la douleur et le fait que son rendement était de 10 % dans toutes les activités testées lors d'un stage pour affirmer qu'il ne pouvait plus réaliser d'activités, observant qu'il se limitait systématiquement au motif de la douleur. Le rapport de fin de mesure du 7 octobre 2018 a indiqué que le recourant revenait chaque matin sur ses douleurs, qui étaient amplifiées par la position assise d'une part et l'utilisation de sa main droite pour écrire d'autre part ; on note que de telles limitations peuvent difficilement être rattachées à des douleurs à l'épaule. Le rapport a remarqué que le recourant était pessimiste, qu'il restait bloqué sur le fait qu'il ne pouvait plus travailler depuis quatre ans, que le processus de deuil était très difficile pour lui et qu'il n'était pas en mesure de travailler tant sur de nouvelles pistes professionnelles que sur une reprise d'activité avec les limitations fonctionnelles qu'il présentait. Il lui a d'ailleurs été proposé de travailler sur sa confiance et sur le processus de deuil.

Il résulte ainsi de l'instruction que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail en toute activité pour des raisons de santé qui sont seules déterminantes pour évaluer le droit à une rente.

On ajoute que le Dr D.\_\_\_\_\_ a examiné le recourant à plusieurs reprises et a fondé ses conclusions finales, claires et motivées, sur un examen clinique en connaissance de l'anamnèse et de l'ensemble de la situation, notamment de diverses imageries, rapports médicaux et rapport de fin de mesure de réinsertion, après avoir pris en compte les plaintes du recourant. Il a constaté l'absence de substrat pouvant justifier l'ampleur des douleurs dont se plaignait le recourant et a conclu que des facteurs externes jouaient un rôle important dans l'évolution de la situation. Ses conclusions sont corroborées par les avis du Dr F.\_\_\_\_\_, des médecins de la Clinique B.\_\_\_\_\_ et du Prof. V.\_\_\_\_\_. Les rapports de fin de mesure ne contredisent pas les constatations du Dr D.\_\_\_\_\_ puisqu'ils constatent l'existence de difficultés qui sont reconnues mais dont l'origine n'est pas médicale. Or, comme l'a soulevé l'intimée, une

appréciation médicale objective sur les origines de l'incapacité doit être privilégiée aux constatations subjectives des rapports de fin de mesure d'orientation. Par ailleurs, comme relevé plus haut, les rapports de fin de mesure font état d'observations qui donnent du crédit aux conclusions de l'intimée et ne se prononcent pas sur l'aspect médical. Quant aux constatations du Dr K. \_\_\_\_\_, elles ne sont que des relais des plaintes subjectives du recourant et ne donnent aucun élément objectif permettant de justifier l'ampleur de ces douleurs. Dans ces conditions, leur force probante est maigre.

Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, l'intimée a retenu à juste titre que le recourant bénéficiait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que décrites par la Clinique B. \_\_\_\_\_ et le Dr D. \_\_\_\_\_.

Il convient ensuite de déterminer le degré d'invalidité.

**4. a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), ou en fonction des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et la référence citée ; TF 8C\_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.3 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidité sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Pour fixer le revenu d'invalidé, l'intimée s'est référée à cinq DPT tirées de sa base de données interne, référencés sous les nos DPT 10704314 (ouvrier en horlogerie), 341319 (collaborateur de production), 11553 (rectifieur), 834346 (ouvrier de scierie) et 4564295 (employé de montage) et a produit une liste de postes afin de démontrer qu'il existe sur le marché général du travail des emplois légers et adaptés à la situation du recourant. De telles places de travail permettent de réaliser un gain moyen annuel de 62'014 fr. (13<sup>ème</sup> salaire y compris). Elle a comparé ce revenu d'invalidé au revenu sans invalidité (non contesté) de 84'500 fr., et a ainsi obtenu une incapacité de gain ouvrant droit à une rente d'invalidité de 26.6 %, arrondi à 27 %.

Le recourant conteste le revenu avec invalidité en faisant valoir qu'il n'a aucune capacité de travail, même dans une activité adaptée. Dès lors qu'il a été admis que le recourant bénéficie d'une capacité de travail dans une activité adaptée, son grief ne trouve plus de fondement.

On peut toutefois confirmer la manière de procéder de l'intimée qui est conforme à la jurisprudence et à la situation présente. Il convient en effet d'admettre que les postes choisis par l'intimée sont compatibles avec les limitations fonctionnelles objectives du recourant. On rappelle que le bien-fondé du choix des DPT opéré par l'intimée doit être examiné uniquement à la lumière des lésions se trouvant en lien de causalité avec l'accident. Les DPT choisies par la CNA ne sont donc pas critiquables. Cette dernière a en outre respecté les conditions imposées par la jurisprudence en la matière en présentant une liste de postes de travail adaptés. Le revenu moyen d'invalidé de 62'014 fr. retenu par l'intimée ne prête ainsi pas le flanc à la critique. Le revenu sans invalidité correspond au dernier revenu du recourant et n'est d'ailleurs pas contesté. La comparaison du revenu de valide (84'500 fr.) avec le revenu d'invalidé déterminé sur la base des DPT (62'014 fr.) conduit à une perte de gain de

22'486 fr., ce qui correspond à un degré d'invalidité de 26,61 %, arrondi à 27 % comme l'a retenu l'intimée.

Les griefs portant sur la capacité de travail dans une activité adaptée et le degré d'invalidité sont ainsi mal fondés et doivent être rejetés.

**5. a)** Il reste à examiner l'évaluation de l'IPAI, qui est également contestée.

Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976 *in* FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3<sup>ème</sup> éd., Bâle 2016, p. 998 n° 311). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 113 V 218 consid. 2a). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a).

**b)** L'intimée a considéré qu'un taux de 10 % se justifiait pour ce cas par analogie à une omarthrose droite de gravité moyenne. Elle a ajouté que pour reconnaître un taux d'atteinte à l'intégrité se situant entre 10 et 20 %, comme le requiert le recourant, on devrait se trouver dans un

cas d'omarthrose de degré grave. Or, si l'épaule droite était douloureuse dès que l'on s'approchait de l'horizontale, il a néanmoins été constaté qu'elle était tout à fait souple et que cette limite pouvait être largement et facilement dépassée. Autrement dit, l'atteinte à l'épaule droite du recourant ne saurait être comparée à une omarthrose de degré grave.

A cet égard, le recourant ne fait que contester cette appréciation pour lui substituer sa propre appréciation, selon laquelle l'atteinte devrait se situer selon toute vraisemblance à tout le moins entre 10 et 20 %.

Comme on l'a vu plus haut, la fonctionnalité objective de l'épaule droite et ses limitations ont été confirmées par plusieurs médecins. L'évaluation du Dr D. \_\_\_\_\_ pratiquée sur la base de ces constatations et par application par analogie du taux admis en cas d'omarthrose de gravité moyenne échappe donc à la critique.

Le moyen tiré de la mauvaise estimation de l'IPAI est donc mal fondé et doit être rejeté.

**6.** Le recourant a requis un complément d'instruction afin de déterminer l'origine de ses douleurs sur le plan médical. Or, comme on l'a vu précédemment, cette question a été suffisamment instruite, sous plusieurs angles médicaux, et les conclusions sont unanimes en ce sens que l'origine de l'incapacité de travail telle qu'évoquée par le recourant (soit au-delà des limitations fonctionnelles admises) n'est pas médicale. Cette réquisition doit donc être rejetée.

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

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

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**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 9 novembre 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Charles Munoz (pour C. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale 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 :