

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mars 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Pasche et Dessaux, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], exerçait la profession de maçon auprès de la société N._____. Il était assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. Par déclaration du 22 avril 2013, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA que le 19 avril 2013, C._____ avait perdu l'équilibre sur un escabeau et qu'il s'était fracturé l'épaule gauche.

Dans un rapport du 25 juin 2013, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de status après luxation de l'épaule gauche associée à une rupture de la coiffe des rotateurs.

Le 29 août 2013, l'assuré a subi une « arthroscopie-diagnostique de l'épaule G, mini arthrotomie, acromio-plastie et réinsertion du sus-épineux sur une ancre Healix BR ».

Dans un rapport du 16 décembre 2013, le Dr K._____ a estimé que l'évolution pouvait être considérée comme favorable, les douleurs ayant bien diminué et son patient ayant progressé en physiothérapie.

Le 2 avril 2014, l'assuré a été examiné par le Dr H._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, le Dr H._____ a déclaré, sous la partie « Appréciation » :

« [...] »

Le patient, qui est venu avec sa femme, dit qu'il a essayé de reprendre le travail le 17.03.2014. Il faisait l'horaire normal de l'entreprise en essayant de se ménager. Il n'a tenu qu'une semaine. Il avait trop de douleurs et il manquait de force. Il avait aussi

passablement de douleurs nocturnes et il souffrait également de l'autre épaule, assez bien remise jusque-là.

Objectivement, on note une amyotrophie modérée de l'épaule D, plus marquée de l'épaule G. Les épaules sont souples mais la G est douloureuse à la mobilisation. De ce côté, les signes du conflit sont positifs. La chute du bras est bien freinée lors de la manœuvre de Jobe mais à gauche, la mise sous tension du sus-épineux est sensible. La force en rotation externe est conservée à G comme à D. Le sous-scapulaire est fonctionnel ddc. La mobilité de l'épaule D est complète, tandis que celle de l'épaule G est limitée, surtout abduction. L'épaule G a peu de force.

A la suite de l'intervention, il semble que l'évolution était lentement favorable mais que la reprise du travail a décompensé la situation.

[...]»

Dans un rapport du 7 avril 2014, le Dr K. _____ a indiqué que l'évolution était malheureusement défavorable, alors que les suites initiales étaient plutôt prometteuses. Ce médecin observait notamment une atrophie musculaire assez marquée du sous-épineux et du sus-épineux, plus marquée du côté gauche que du côté droit. Il ajoutait qu'il était plutôt pessimiste quant à une reprise de l'activité professionnelle comme maçon.

L'assuré a par la suite séjourné auprès de la J. _____ (ci-après : la J. _____). Dans un rapport du 24 juillet 2014, les Dr [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, et [...], médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- *Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de l'épaule gauche*

DIAGNOSTICS SUPPLÉMENTAIRES

- *Re-rupture partielle de la face profonde du tendon supra-épineux gauche (arthro-IRM du 05.06.2014)*
- *Accident au travail le 19.04.2013 avec traumatisme fermé à l'épaule gauche :*
 - o *probable luxation de l'épaule gauche réduite spontanément*
 - o *fracture du bord antéro-inférieur de la glène*
 - o *rupture partielle du tendon supra-épineux*

- 29.08.2013 : réinsertion du supra-épineux et acromioplastie par mini-arthrotomie de l'épaule gauche

CO-MORBIDITÉS

- Tendinopathie du sous-scapulaire et du supra-épineux droits sans déchirure transfixiante, ni bursite (US épaule droite du 04.06.2014).
- Tabagisme actif (24 UPA) »

Dans la partie « Appréciation et discussion », ces médecins ont notamment indiqué ce qui suit :

« A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont principalement des douleurs de la face externe et postérieure de l'épaule gauche, s'étendant au bras gauche et en latéro-cervical à gauche. L'intensité des douleurs est estimée entre 0 et 5/10 sur l'EVA. Il se dit limité par les ports de charges et les mouvements en rotation interne. La nuit il est parfois gêné si il dort sur le côté gauche.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

Arthro-IRM de l'épaule gauche du 03.06.2013 : tendon du supra-épineux inhomogène, avec une lésion de sa partie antérieure. La trophicité musculaire est conservée. Il existe un oedème à la partie antéro-inférieure de la glène et au niveau du trochiter.

RX épaule gauche Neer/f rotation interne/f rotation externe/f rotation neutre du 23.05.2014 : rapports articulaires conservés. Fracture de la glène consolidée.

Echographie de l'épaule droite du 04.06.2014: tendinopathie du sous-scapulaire et du supra-épineux sans déchirure transfixiante, ni bursite.

Arthro-IRM de l'épaule gauche du 05.06.2014 : aspect aminci du tendon supra-épineux avec déchirure de la face profonde. Amyotrophie estimée à 20 % du supra-épineux.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : **épaule gauche: Re-rupture partielle de la face profonde du tendon supra-épineux gauche (arthro-IRM du 05.06.2014)**
épaule droite : tendinopathie du sous-scapulaire et du supra-épineux sans déchirure transfixiante, ni bursite (US épaule droite du 04.06.2014).

Sur le plan neurologique : nihil.
Sur le plan psychiatrique : nihil.

M. C. _____ a été présenté à notre consultant chirurgien orthopédiste, spécialiste de l'épaule, durant le séjour, pour qui il n'y a radiologiquement pas d'indication à proposer de révision chirurgicale, avec un tendon grêle.

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

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

- physiothérapie
- ateliers professionnels
- service social et assurances

Sur le plan antalgique, un traitement de Tramal Retard 50 mg et de Dafalgan 1 g a été introduit durant le séjour.

Au terme du séjour, subjectivement, le patient annonce la réapparition de douleurs de l'épaule droite et l'aggravation des douleurs de l'épaule gauche. Objectivement, il n'y a pas d'amélioration significative durant le séjour (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée. Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : ports de charges répétés supérieures à 10 kg, activités au-dessus du plan des épaules.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

La poursuite d'un traitement antalgique pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie du patient. A la sortie, nous n'avons pas poursuivi la physiothérapie.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon est défavorable, en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident chez un patient se plaignant également à nouveau de l'épaule droite opérée il y a 10 ans. La situation a été annoncée à l'AI durant le séjour. M. C. _____ n'envisage actuellement pas d'autre activité que son ancienne activité dont il n'a pas fait complètement le deuil. Il se rend néanmoins compte qu'en l'état actuel, une reprise en tant que maçon est illusoire.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable, en lien avec les facteurs contextuels, chez un patient de 55 ans ayant toujours travaillé sur les chantiers. Les possibilités d'un poste adapté auprès de son employeur devrait être évaluée. Au cas où il n'y avait pas de possibilité et que le patient y voit un sens, nous restons à disposition pour une évaluation des capacités professionnelles (ECP).

[...] »

L'assuré a été examiné une nouvelle fois par le Dr H. _____ le 19 novembre 2014. Dans son rapport du même jour, ce médecin a déclaré ceci :

« [...]

4. Constatations :

Il s'agit d'un patient de 55 ans, faisant un peu plus vieux que son âge, en état général conservé.

Epaules :

La ceinture scapulaire est équilibrée. On retrouve une amyotrophie modérée de l'épaule D, plus marquée de l'épaule G. De ce côté, l'articulation acromio-claviculaire est un peu saillante mais elle n'est pas douloureuse à la sollicitation.

Les épaules sont souples mais la G est douloureuse à la mobilisation avec un passage de l'horizontale difficile et des signes du conflit qui paraissent positifs.

A D, le Jobe est tenu, plus difficilement à G, où la mise sous tension du sus-épineux est manifestement douloureuse.

La force en rotation externe est conservée à G comme à D. Le sous-scapulaire est fonctionnel ddc.

La mobilité active de l'épaule D est complète tandis que celle de l'épaule G reste limitée avec une élévation à 120° et une abduction qui ne dépasse pas 60°, chez un patient qui a un peu tendance à lancer son bras. La rotation externe coudes au corps atteint 50° ddc. En rotation interne, le dos de la main G vient en contact avec le bas de la colonne lombaire.

L'épaule G a peu de force.

5. Appréciation

Les antécédents de ce patient sont détaillés dans mon rapport d'examen du 02.04.2014 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut.

Le patient, qui est venu avec sa femme, dit que le séjour à [...] ne lui a pas fait de bien. Tout au contraire, il a vu ses douleurs s'aggraver, notamment à G, où on a trop forcé. Actuellement, il souffre des 2 épaules. Les douleurs ont tendance à irradier vers la nuque. Le patient ne peut rien porter. Il est gêné dans les AVQ.

Objectivement, les épaules sont souples mais la G est douloureuse à la mobilisation avec un passage de l'horizontale difficile et des

signes du conflit qui paraissent positifs. A D, le Jobe est tenu, plus difficilement à G, où la mise sous tension du sus-épineux est manifestement douloureuse. La force en rotation externe est conservée à G comme à D. Le sous-scapulaire est fonctionnel ddc. La mobilité active de l'épaule D est complète tandis que celle de l'épaule G reste limitée chez un patient qui a un peu tendance à lancer son bras. L'épaule G a peu de force.

Comme on pouvait le craindre, une arthro-IRM de contrôle de l'épaule G a montré une rupture itérative partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux.

L'indication à une reprise chirurgicale n'a cependant pas été retenue.

A noter un patient très négatif que la perspective de ne pas pouvoir prendre sa retraite à 60 ans, comme il l'aurait souhaité, rend particulièrement amer et qui ne paraît pas prêt à s'investir dans des mesures de reclassement professionnel.

Il n'en reste pas moins qu'il conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles fixées lors du séjour à la J._____.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 15% peut être retenu pour l'épaule G par analogie avec une omarthrose de gravité moyenne. »

Dans un rapport du 13 mai 2015, le Dr K._____ a considéré, s'agissant de « la capacité fonctionnelle » de son patient, qu'au niveau des épaules, ce dernier pouvait effectuer des activités fines avec les bras en appui sur un plan de travail ou une table, ou effectuer des activités où il s'agit de porter des charges modérées en bas du corps, mais sans devoir les soulever.

Dans le cadre de la procédure intentée parallèlement par l'assuré auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), un stage d'observation a été organisé du 20 avril 2015 au 15 mai 2015 auprès du S._____ à [...]. Dans le rapport final de S._____ du 10 juin 2015, il est notamment indiqué ce qui suit :

« [...]

2.2.3 Contenu du mandat :

Le mandat ne contient aucune question. Nous déduisons des pièces transmises qu'il s'agit de définir la capacité de travail et les pistes professionnelles adaptées.

2.2.4 Position de l'assuré par rapport au stage à S. _____ :

L'assuré vient sous la contrainte. Il sait qu'il ne peut rien faire et ne veut pas qu'on lui « détruise encore plus les bras ».

[...]

5. COMPTE RENDU DES OBSERVATIONS EN ATELIERS

[...]

A l'arrivée dans notre atelier, nous sommes en présence d'une personne de bonne présentation, discrète, sympathique et ouverte.

M. C. _____, né en 1959, [...] d'origine, marié avec une Suisseuse dont il a deux filles, maçon de métier, est venu en Suisse en [...]. Il a été opéré de l'épaule droite en 2004. L'assuré a eu un accident le 19 avril 2013. Il est tombé d'un marchepied alors qu'il poussait une planche de coffrage. Il a essayé de s'accrocher avec le bras valide gauche et s'est déchiré le tendon de l'épaule, à la coiffe des rotateurs. Lors d'exercices de physiothérapie, ce monsieur s'est ensuite à nouveau déchiré le tendon de l'épaule gauche. L'épaule droite a également été victime d'une rupture du tendon. M. C. _____ a été opéré des deux épaules par le même médecin.

D'un point de vue pratique, M. C. _____ a effectué des travaux de fraisage, des travaux de sciage, du contrôle de qualité, du pliage et soudage à l'étain de fils de cuivre, et divers exercices de montages de pièces mécaniques. Lors des activités de fraisage, M. C. _____ s'est aménagé un marchepied pour que le chariot de la fraiseuse se trouve à hauteur de hanches pour lui éviter de devoir lever les bras plus haut que la taille. Dans certaines conditions, ce monsieur n'a en effet pas pu lever le bras pour donner un coup de maillet sur les pièces fixées à l'étau. Il a aussi dû constamment utiliser l'avance automatique du chariot parce que le mouvement de rotation de la manivelle lui était trop pénible. Néanmoins, avec ces deux arrangements personnels, ce monsieur a pu accomplir le travail jusqu'au bout avec un rendement moyen de 50%. Lors du travail de sciage à la scie à chantourner, M. C. _____ a accompli la moitié du travail. Les vibrations de la machines sont devenues peu à peu insupportables. L'assuré nous a expliqué subir des douleurs au bras, puis à la nuque au point qu'il n'a pas pu terminer sa tâche. Les travaux d'assemblages de pièces mécaniques ont pu être effectués moyennant des pauses d'environ 10 minutes toutes les heures pour détendre son dos et sa nuque. Ce qui nous a donné des rendements à nouveau de 50%. Les travaux de contrôle de qualité ont été effectués avec soin et quasiment sans faute. Ce monsieur est méticuleux et précis.

Votre assuré a effectué des tests de calcul et de français. Il a obtenu un résultat de 68% en calcul niveau élémentaire et 84% en français pour non-francophone. Nous avons aussi donné des exercices de dessin technique (recherches de Urnes vues) pour lesquels ce

monsieur a obtenu un très bon résultat pour quelqu'un qui n'a jamais effectué ce genre d'exercice auparavant (53 pièces justes sur 60, ce qui donne un rendement de 92%).

M. C. _____ a su adapter les postes de travail à son handicap.

Etat de santé

Le médecin chirurgien de la SUVA ([...]) a dit à M. C. _____ que ce dernier avait des épaules d'un homme de 70 ans. Nous confirmons que ce monsieur n'est pas capable de lever les bras et qu'il est absolument nécessaire de lui aménager un poste de travail à hauteur de taille. M. C. _____ a entre autres été traité par des injections de Cortisone dont il nous a dit avoir encore un bon établi par son médecin pour subir ce traitement. Il a eu parfois aussi de la peine à dormir la nuit à cause des douleurs aux épaules. Il travaille souvent avec les bras proches du corps. Il manque aussi de force dans les doigts.

Attitude générale de comportement

M. C. _____ est de bonne commande. Il est assidu à son poste. L'assuré est discret, poli et courtois. Il est fiable dans toutes les activités et nous pouvons compter sur lui. Tout au long du stage il a entretenu de bonnes relations avec ses collègues ainsi qu'avec la maîtrise.

6. CONCLUSION

Au terme de la mesure et compte tenu de ce qui précède, notre équipe d'observation est d'avis que la capacité de travail de cet assuré est de 50%, ce qui s'entend 100% du temps avec un rendement de 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire des petits travaux à l'établi ou de la conduite de machines réglées, pour autant que l'on puisse aménager le poste de travail de façon à ce que ce monsieur ne doive pas lever les bras au-dessus de la taille. Il nous a en outre démontré une bonne capacité d'apprentissage et l'on pourrait envisager une éventuelle formation, par exemple dans le contrôle de qualité. Nous pourrions aussi imaginer, dans un premier temps, un stage d'intégration professionnelle, par exemple à l'AIP (Atelier d'Intégration Professionnelle) de S. _____.

Dès lors, nous pouvons répondre aux questions de l'Office AI de la manière suivante :

Quelle est la capacité de travail de M. C. _____ ?

La capacité de travail de l'assuré est de 50%, ce qui s'entend 100% du temps avec des rendements de 50%.

Quelles sont les pistes professionnelles ?

Ce monsieur peut effectuer de petits montages à l'établi ou de la conduite de machines réglées, pour autant que l'on puisse aménager le poste de travail de façon à ce que ce monsieur ne doive pas lever les bras au-dessus de la taille. Nous pourrions envisager une formation, par exemple dans le contrôle de qualité

puisque'il a démontré une bonne capacité d'apprentissage. Dans un premier temps, un stage d'intégration professionnelle pourrait être mis en place, par exemple à l'AIP (Atelier d'Intégration Professionnelle) de S._____. »

C. Le 4 juin 2015, l'assuré a été victime d'un nouvel accident. Il a été heurté par une moto alors qu'il traversait la route sur un passage-piéton.

Une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 3 juillet 2015 a mis en évidence une déchirure transfixiante presque complète du supra-épineux avec rétraction sur environ 19 mm, sans atrophie ni infiltration graisseuse du chef musculaire, et une probable ancienne lésion du sous-scapulaire étant donné une subluxation du tendon du long chef du biceps, lequel présentait des anomalies de signal et était déformé à son passage sur le tubercule mineur.

Dans un rapport du 26 août 2015, le Dr K._____ a posé les diagnostics de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et de l'épaule droite, de gonarthrose débutante du genou droit, de re-rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite le 4 juin 2015, d'entorse et de fracture Lisfranc du pied droit [recte : gauche] le 4 juin 2015.

L'assuré a été examiné par le Dr H._____ le 2 mars 2016. Dans son rapport relatif à cette consultation, ce médecin a écrit, dans la partie « Appréciation » :

« [...]

Actuellement, le patient dit qu'il souffre des 2 épaules, surtout de la D. Les douleurs ont tendance à irradier vers la nuque. A D, le patient n'a pas de force et il est passablement gêné dans les AVQ. Quant au pied G, il pose moins de problèmes. Il est juste un peu sensible le matin, à la mise en route, ou lorsque le patient se remet en marche après avoir été assis longtemps.

Objectivement, on retrouve une amyotrophie modérée de l'épaule D, nettement plus marquée de l'épaule G. Les épaules sont souples, douloureuses à la mobilisation ddc avec un passage de l'horizontale difficile et des signes du conflit qui paraissent positifs à G et douteux à D. Le Jobe est difficilement tenu, tant à G qu'à D, avec surtout des

lâchages antalgiques. En revanche, la force en rotation externe est conservée et le sous-scapulaire est fonctionnel ddc. La mobilité active des épaules est limitée de manière symétrique avec une élévation à 120° et une abduction à 90° chez un patient qui a tendance à se renverser en arrière pour compenser son manque de mobilité. Les rotations sont mieux conservées. Passivement, les amplitudes articulaires sont améliorables mais le patient fait valoir de vives douleurs. Globalement, les épaules ont assez peu de force. La cheville G a récupéré une mobilité complète. Elle ne présente pas de laxité anormale. L'arrière-pied G est normo-axé et normo-fonctionnel. Le pied G, qui n'est pas enraidit, a un aspect normal et une bonne force. On relève quand même une amyotrophie modérée du mollet G et l'examen des callosités plantaires montre une certaine épargne de l'avant-pied G.

Le scanner du pied G du 11.06.2015 montre de petits arrachements au niveau du Lisfranc avec des rapports ostéo-articulaires globalement conservés tandis que l'arthro-IRM du 03.07.2015 confirme une déchirure transfixiante subtotale du tendon du sus-épineux, sans involution graisseuse du muscle correspondant.

Du point de vue thérapeutique, pour le pied G, bien remis, il n'y a rien à envisager. Pour l'épaule D, une réintervention pourrait entrer en ligne de compte, notamment en cas d'aggravation de la symptomatologie douloureuse, mais le patient veut en rester là, en tout cas pour le moment. On évoque également, sans trop insister, un nouveau séjour à la J. _____ mais M. C. _____ ne veut pas retourner dans cet établissement dont il garde un mauvais souvenir. La poursuite de la physiothérapie peut se concevoir encore quelque temps.

Les limitations fonctionnelles sont essentiellement les travaux en hauteur. L'atteinte du pied G contre-indique surtout les longs trajets mais elle ne devrait pas avoir d'incidence sur une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, laquelle reste pleinement exigible, en présence de douleurs modérées, ne nécessitant que des antalgiques mineurs, et surtout d'une fonction des épaules relativement préservée.

S. _____ de [...] avait certes conclu à une baisse de rendement de 50% dans une activité adaptée, alors que l'état de l'épaule D était probablement un peu meilleur, mais il était précisé en préambule du rapport de ce stage que l'assuré venait sous la contrainte. « Il savait qu'il ne pouvait rien faire et ne voulait pas qu'on lui détruise encore plus les bras. » Il a également tenu le même discours à l'issue de son séjour à Sion où il estimait qu'on avait trop forcé.

Ceci laisse évidemment penser qu'il n'a pas donné toute la mesure de ses possibilités durant ce stage. Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 15% peut être retenu pour chaque épaule par analogie avec une omarthrose de gravité moyenne.

A D, un état antérieur patent justifie une réduction de 50%.

De ce côté, l'atteinte à l'intégrité nette est donc de 7,5% (23.91671.15.2).

A ces 7,5%, il convient d'ajouter 5% prenant en compte la bilatéralité des lésions et la discrète atteinte séquellaire du pied G (23.91671.15.2).

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 27,5%, dont 15% sont à la charge de l'accident du 19.04.2013 (1.33720.13.8).

Elle est pondérée au sens de l'art. 36 al. 3 OLAA. »

Par courrier du 18 juillet 2016, la CNA a informé le conseil de l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2016, précisant notamment que l'assuré avait droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision du 25 août 2016, la CNA a considéré que l'assuré présentait une incapacité de gain de 23%, ce qui lui donnait droit à une rente mensuelle de 1'234 fr. 15. L'assureur estimait que l'intéressé était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse travailler à hauteur de table ou d'établi, lui permettant de réaliser un salaire annuel de 61'074 fr. Comparé au revenu de 79'393 fr. réalisable sans l'accident, la perte de gain se montait à 23%. En outre, compte tenu de l'appréciation médicale, il résultait une atteinte à l'intégrité (IPAI) de 27.50%, soit un montant de 34'650 francs.

Le 26 septembre 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision du 25 août 2016. Il reprochait en particulier à la CNA d'avoir sous-évalué le préjudice économique. Il émettait également des réserves quant au salaire originel et sur la stabilisation de son état de santé. Le conseil de l'assuré produisait en outre un courrier de sa main du 14 septembre 2016 adressé à l'OAI et contresigné par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont la teneur était la suivante :

« [...] »

En substance, il [le Dr M. _____] estime que les lésions des épaules et leurs conséquences avaient été bien appréhendées par la SUVA, de même que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il est indéniable que ces lésions entraînent des limitations fonctionnelles ayant des repercussions sur la capacité de gain, cela étant.

Il y a deux problèmes principaux que le Dr M. _____ décèle dans l'état du dossier AI, qui a été soumis.

La première difficulté tient, selon ce que j'ai retenu de ses explications, au fait qu'il y a eu une rupture accidentelle du ligament croisé voici de très nombreuses années, qui induit une usure actuelle de l'articulation du genou. Nous sommes en présence d'une rechute qui devrait être envisagée comme telle par l'assureur LAA. Le dossier devrait être instruit. Une pose de prothèse n'est pas exclue à terme. Le Dr M. _____ ne voit guère apparaître de diagnostic à ce sujet dans votre dossier, ni de véritable évaluation de la répercussion de cette atteinte sur l'incapacité.

La seconde difficulté tient à la fracture du pied. La notion de lésion du pied, qu'il voit apparaître dans des documents médicaux des assureurs sociaux, lui paraît médicalement trop indéterminée. L'assuré dit avoir toujours mal, et le rapport qui avait été établi par le radiologue avait clairement décrit une situation évocatrice d'un début d'arthrose. On doit donc constater sans doute et sans tous les cas redouter à l'avenir une péjoration progressive de cette articulation du genou avec des repercussions fonctionnelles. Celles-ci n'ont pas été davantage évaluées dans votre dossier, à ce stade [...] »

Dans un rapport du 20 septembre 2016 de la Dresse V. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, produit au dossier le 27 septembre 2016, cette dernière a indiqué ce qui suit :

« [...] »

Discussion et propositions :

Monsieur C. _____ consulte actuellement en raison de douleurs persistantes au niveau du pied gauche suite à un accident de la voie publique le 04.06.2015 avec fracture multifragmentaire de la base des 3 premiers MTP ainsi que des 3 cunéiformes et de l'os naviculaire du pied gauche. Une année après ce traumatisme il continue à se plaindre de douleurs de type mécanique à la charge, surtout quand il doit appuyer sur l'avant-pied. Il s'est donc habitué à marcher en chargeant sur le talon. L'examen clinique montre actuellement une sensibilité à la palpation du tarse et de la base des MTP mais pas de tuméfaction locale et pas de limitation fonctionnelle au niveau de la cheville gauche il ne présente pas de boiterie à la marche. Je lui ai expliqué qu'il était possible qu'il développe à long terme une arthrose secondaire, mais qu'il n'y a à mon sens pas de mesure thérapeutique spécifique à lui proposer actuellement. Il doit adapter son chaussage et il est clair que la

marche en terrain irrégulier pourrait être sensible. Je n'ai pas jugé nécessaire de répéter le bilan radiologique.

Le 2e problème est celui de douleurs décrites en regard des IPD de l'index et du majeur des 2 mains. Cette symptomatologie survient de toute évidence dans un contexte d'arthrose digitale modérée. Je me suis permise d'effectuer un bilan radiologique des 2 mains qui s'avère rassurant ne montrant pas d'arthropathie inflammatoire mais tout au plus de troubles dégénératifs légers au niveau des IPD 2 de la main droite et respectivement 2 et 3 de la main gauche. Pour ce problème, je lui ai proposé la prise de Condrosulf 800 pendant 3 mois ainsi que la prise d'Ecofenac 75 Retard 1cpr au souper pendant 15 jours associé à de l'Omezol 20 le soir en suspectant une poussée d'arthrose digitale.

En ce qui concerne la situation asséurologique de ton patient, force est de constater que Monsieur C._____ n'est plus capable d'effectuer un travail en tant que maçon. La problématique au niveau des 2 épaules permettrait tout au plus d'effectuer un travail sans port de charge et sans avoir à lever les bras en hauteur.

En ce qui concerne les douleurs persistantes au niveau du pied gauche il est également clair qu'il n'est pas souhaitable qu'il travaille de façon continue en position debout ou sur du terrain irrégulier. A mon sens, la capacité de travail théorique exigible chez ce patient dans une activité adaptée devrait être évaluée par le biais d'une expertise au sein de l'AI, ou dans le cadre d'une expertise privée (ce que je ne fais pas).

[...] »

L'assuré a complété son opposition le 2 novembre 2016. Il a notamment expliqué que l'un des problèmes auquel il était confronté était son genou droit, lequel avait été blessé à la fin des années 1980 au sport, alors que l'assuré était déjà assuré auprès de la CNA. Une opération du ligament croisé antérieur avait même été envisagée à l'époque, mais l'assuré y avait finalement renoncé. Selon lui, le résultat était qu'il avait développé une arthrose de cette articulation. L'assuré ajoutait que d'après le Dr M._____, une opération était indiquée et il s'enquerrait auprès de la CNA de la prise en charge de cette intervention par l'assurance-accidents. De surcroît, l'assuré signalait que certains éléments médicaux n'avaient pas fait l'objet d'analyses approfondies, soit notamment la gonarthrose droite symptomatique, des lésions persistantes suite aux fractures des deux pieds ainsi que les lésions des coiffes des rotateurs. L'assuré produisait aussi un courrier du 12 septembre 2016 du Dr K._____ adressé à son avocat, dans lequel ce médecin expliquait

notamment que la capacité résiduelle de travail de l'assuré était nulle puisqu'il ne retrouverait jamais un emploi autre que maçon.

Le 19 décembre 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a annoncé à la CNA une rechute au niveau du genou faisant suite à l'accident de 1987, précisant que l'atteinte arthrosique faisait envisager aux médecins une prothèse du genou.

Le 13 janvier 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle avait transmis sa demande à l'agence comme objet de sa compétence, pour examen de l'éventuelle prise en charge de l'annonce de rechute.

Par décision sur opposition du 28 mars 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. En substance, elle constatait que le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était pas contesté, de sorte que la décision querellée était entrée en force concernant ce point. Elle informait également l'assuré que les troubles au niveau du genou droit qui seraient en rapport avec un accident subi en 1987 annoncés comme rechute par courriers du 2 novembre et 19 décembre 2016 ne faisaient pas l'objet de la présente procédure d'opposition et que l'annonce avait été transmise à l'autorité compétente pour examen de l'éventuelle prise en charge de l'annonce de rechute. L'assureur expliquait en outre que selon le Dr H._____, les limitations fonctionnelles de C._____ étaient essentiellement les travaux en hauteur. Pour l'assureur-accidents, l'atteinte du pied gauche contre-indiquait surtout les longs trajets mais elle ne devait pas avoir d'incidence sur une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, laquelle restait pleinement exigible en présence de douleurs modérées ne nécessitant que des antalgiques mineurs, et surtout d'une fonction des épaules relativement préservée. La CNA indiquait en outre avoir soumis l'entier du dossier à la Dresse P._____, membre de la Division médecine des assurances de la CNA à Lucerne, dont l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée rejoignait en substance celle du Dr H._____. Le rapport de cette praticienne, daté du 8 février 2017, contenait l'appréciation suivante s'agissant des limitations fonctionnelles :

« [...] »

M. C. _____ présente une problématique touchant les deux épaules pour laquelle les limitations fonctionnelles sont les suivantes : éviter le port de charge répété supérieur à 5 kg, éviter tous travaux en hauteur ou au-dessus de l'horizontale.

Lors de l'accident du 4 juin 2015, M. C. _____ a également été blessé au pied gauche avec des douleurs persistantes. Suite à cette atteinte, il y a limitations dans le sens où il faut éviter la station debout prolongée, la marche en terrain accidenté, la marche sur de longs trajets, la montée et descente des escaliers répétées.

En résumé, M. C. _____ conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus.

Conclusions

Nous retenons chez M. C. _____ une péjoration déterminante sur un état dégénératif au niveau de son épaule droite. Le tendon du muscle du supra-épineux était intact jusqu'à l'événement du 4 juin 2015 et ce dit muscle était fonctionnel, l'IRM de l'épaule droite réalisée le 6 juillet 2015 n'ayant pas montré ni d'atrophie musculaire, ni d'infiltration graisseuse.

Il existe une relation de causalité probable entre les troubles de l'épaule droite présents chez M. C. _____ et l'accident du 4 juin 2015.

M. C. _____ conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : travail plutôt sédentaire avec alternance de position debout et assis, évitant les longs trajets et la marche en terrain accidenté, la montée et la descente d'escaliers répétées, le port de charge répété supérieur à 5 kg, tous les travaux nécessitant l'élévation des bras au-dessus de l'horizontale.

Réponse aux questions

Les troubles à l'épaule droite chez M. C. _____, sont-ils en relation de causalité probable avec l'accident de juin 2015 ?

Oui

Pouvez-vous confirmer l'exigibilité médicale formulée par le Dr C. _____ (suite à l'examen du 2.3.16) dans une activité adaptée au handicap, en tenant compte des séquelles accidentelles causales ?

Oui, mais le Dr H. _____ a établi des limitations fonctionnelles en prenant en compte seulement la problématique des épaules alors que M. C. _____ a également une lésion du pied gauche, raison pour laquelle il y a une divergence lors de l'établissement des limitations fonctionnelles. »

La CNA soutenait de surcroît que les avis médicaux produits par l'assuré ne permettaient pas de se départir d'une exigibilité médicale ainsi émise dans différents secteurs de l'industrie dans un domaine plutôt sédentaire avec la condition que l'assuré puisse travailler à hauteur de table. S'agissant du calcul du préjudice économique, la CNA a confirmé les chiffres mentionnés dans sa décision du 25 août 2016.

D. Par acte du 12 mai 2017, C._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 28 mars 2017, concluant à l'annulation de celle-ci ainsi que de la décision du 25 août 2016 en tant qu'elle limite l'incapacité de gain à 23% et retient une atteinte à l'intégrité de 27.5%. A l'appui de son écriture, le recourant invoque que les conclusions du stage S._____ réalisé au printemps 2015 sont diamétralement différentes de celles des médecins de la CNA, puisqu'on y évaluait sa capacité de travail dans une activité adaptée à 100% avec une diminution de rendement de 50%, et cela avant que les limitations liées à l'arthrose du pied gauche n'apparaissent et que la décompensation du genou gauche [recte : droit] ne soit aussi présente qu'aujourd'hui. Le recourant considère en outre que l'appréciation de la J._____ est trop ancienne et surtout antérieure au dernier accident, et que des investigations spécialisées sur sa capacité de travail concrète, comprenant toutes ses atteintes, sont nécessaires. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise externe, les rapports de médecins de la CNA n'étant selon lui pas suffisants. Enfin, le recourant considère que la stabilisation de la situation n'est pas acquise, ne serait-ce que du fait de la rechute du genou gauche [recte : droit].

Dans sa réponse du 15 juin 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, se référant intégralement à la décision sur opposition entreprise. Elle ajoute que les conclusions relatives à l'IPAI sont irrecevables, puisque celles-ci n'ont pas été contestées dans le cadre de la procédure d'opposition.

Dans sa réplique du 14 septembre 2017, le recourant a admis que l'IPAI n'avait pas été contestée lors de la procédure d'opposition et

que sa conclusion pouvait être restreinte dans cette mesure. Il estime en outre qu'il est impossible de se prononcer sur une capacité de travail concrète en faisant abstraction de son atteinte au genou droit et qu'une approche synthétique est de mise lorsqu'il s'agit d'examiner une capacité de travail résiduelle après des traumatismes accidentels. Il ajoute notamment que les médecins de la CNA ne sont pas d'accord entre eux puisque la Dresse P._____ observe que le Dr H._____ n'a pas tenu compte de tous les aspects médicaux.

Le 15 septembre 2017, le recourant a produit des rapports médicaux en espagnol relatifs, aux dires de l'intéressé, à une IRM du genou droit. Ce dernier déclare à cet égard qu'une fois que les douleurs ne seront plus supportables, il faudra envisager une prothèse.

Par courrier du 3 octobre 2017, l'intimée a confirmé ses conclusions.

Le 13 mars 2018, le recourant a produit un rapport du Dr K._____ du 18 octobre 2017, dont les termes étaient les suivants :

« [...]

Je revois Monsieur C._____ pour plusieurs problèmes. Il se plaint actuellement d'importantes douleurs de l'épaule droite antérieures à la mobilisation mais aussi de nualgies droites avec des sensations de dysesthésies partant du point d'Arnold. Cette symptomatologie douloureuse est réapparue suite à l'accident de circulation où il a été renversé par un véhicule sur un passage piétons en juin 2015. L'épaule gauche lui occasionne aussi des douleurs mais modérées, elle avait bénéficié d'une réparation de la coiffe des rotateurs suite à un accident de travail en 2013, il s'agit d'une chute d'un escabeau. Par ailleurs, Monsieur C._____ souffre de son genou droit, il présente des épanchements récidivants et des épisodes douloureux pour le moment encore supportables, il faut savoir que ce genou avait été victime d'un accident en 1987 à savoir une entorse au football avec atteinte du croisé et déchirure en anse de seau du ménisque interne, ménisque qui finalement a dû être enlevé en 2000 par le Dr [...]. Un bilan radiologique récent met en évidence une gonarthrose assez avancée. Il s'agit là d'une gonarthrose clairement post-traumatique. Monsieur C._____ se plaint aussi de douleurs à la cheville et au pied gauche suite à l'accident de la circulation de 2015. Pour mémoire, il y avait une fracture de plusieurs os de l'avant-pied. En définitive, Monsieur C._____ présente quatre lésions arthrosiques douloureuses l'empêchant complètement de travailler. Il est assez étonnant qu'il ne bénéficie

pas d'une rente AI complète à l'heure actuelle dans cette situation qui l'empêche de reprendre toute activité et à l'âge de 57 ans.

Examen clinique:

Actuellement il est très gêné par son épaule, on va compléter le bilan par une nouvelle IRM pour évaluer si il y aurait une possibilité de reprise de réparation de la coiffe, éventuellement avec un renfort de type conexa.

Diagnostic:

Re-rupture traumatique coiffe épaule droite.

Status après réparation coiffe épaule gauche.

Gonarthrose post-traumatique genou droit.

Douleurs chroniques pied/cheville gauche post-traumatiques. [...] »

E. Par décision du 16 mai 2017, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire en lui nommant un avocat d'office en la personne de Me Olivier Carré.

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, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art.

83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte en premier lieu sur la question de savoir si le cas du recourant pouvait être considéré comme stabilisé par la CNA, du fait notamment de l'annonce de rechute concernant le genou droit, et cas échéant, si la capacité résiduelle de travail de C. _____ dans une activité adaptée a été correctement appréciée.

3. a) La modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Selon les dispositions transitoires (al. 1) y relatives, pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit.

En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11

OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c).

c) La prise en charge du traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident est garantie aussi longtemps que celui-ci est de nature à améliorer sensiblement l'état de santé. Si tel n'est plus le cas et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, l'assureur-accident examine le droit de l'assuré à une rente ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 et réf. cit ; 133 V 57 consid. 6.6.2). Le point de savoir si l'on peut attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, dépend essentiellement de l'amélioration ou du maintien de la capacité de travail que l'on peut en attendre, dans la mesure où cette capacité est limitée en raison des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et réf. cit. ; TF 8C_397/2010 du 3 août 2010 consid. 5 ; 8C_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 5.2). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut donc entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et réf. cit.). L'utilisation du terme «sensible» par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas d'amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps

limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, TFA U 244/2004 arrêt du 20 mai 2005, consid. 3.1).

d) Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, auquel renvoie l'art. 18 al. 1 LAA, est réputé invalide celui qui subit une incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA en ces termes : « 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 ». Elle a donc pour origine une incapacité de travail (dans la profession habituelle) qui a des répercussions sur les possibilités de gain de l'assuré. Elle se détermine toujours en fonction des conséquences économiques concrètes de l'atteinte à la santé sur le revenu (Frésard/Moser-Szeless in : Meyer, Soziale Sicherheit, Bâle 2016, n° 225 p. 976).

e) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin. 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 ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3 et réf. cit).

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

Enfin, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 des renseignements d'ordre médical, et qui doit être

tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également 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 et 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne

constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine). A contrario, aussi longtemps que le status quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

5. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. 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 réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de

douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

7. a) En l'espèce, on rappellera, à titre liminaire, que la décision entreprise porte uniquement sur les troubles relatifs aux accidents de 2013 et 2015. Le recourant soutient principalement que l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail doit prendre en compte l'intégralité de ses atteintes, soit non seulement les suites des accidents de 2013 et 2015 mais également les troubles du genou droit constituant selon lui une

rechute d'un accident de 1987, rechute annoncée à la CNA par courriers du 2 novembre et 19 décembre 2016.

A cet égard, l'assurance-accidents statuant sur opposition est tenue en principe de prendre en considération tous les faits pertinents survenus jusqu'au moment de la décision sur opposition, et qui restent liés au litige. Cela étant, le rapport juridique sur lequel elle se prononce peut être limité aux prestations dues en raison d'un accident en particulier, quand bien même plusieurs autres événements accidentels se seraient produits avant la décision sur opposition. Dans certaines circonstances, la jurisprudence admet que les conséquences de plusieurs accidents successifs soient constatées dans des décisions séparées. Cette manière de procéder peut, certes, nuire à l'établissement des faits dans certains cas; mais elle peut aussi contribuer au traitement de l'opposition dans un délai approprié (cf. art. 52 al. 2 LPGA). En cas d'accidents successifs, l'assurance-accidents devra donc procéder à une pesée des intérêts avant de décider si elle entend se prononcer sur les conséquences de tous les accidents en une seule décision (sur opposition) ou si elle entend rendre plusieurs décisions (TF U 16/07 du 9 mai 2007 consid. 3.2 et réf. cit.).

Dans le cas présent, c'est à juste titre que la CNA a limité l'objet de la contestation aux accidents de 2013 et 2015 dans le cadre de la décision sur opposition. Cette manière de procéder permet en effet de traiter l'opposition du recourant dans un délai convenable, étant précisé qu'en raison de l'accident survenu en 2015, l'instruction auprès de l'intimée aura déjà duré quatre ans. Il appartiendra toutefois à la CNA d'instruire la question de l'éventuelle rechute du genou droit, en particulier sous l'angle du lien de causalité entre les troubles annoncés et l'accident de 1987, et le cas échéant de statuer sur la prise en charge d'une éventuelle opération et de déterminer s'il existe des limitations fonctionnelles supplémentaires ainsi que leurs conséquences sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré. La Cour de céans ne saurait se prononcer sur cette problématique, qui, à juste titre, ne fait pas l'objet de la décision sur opposition. L'argumentation du recourant sur ce point, pour autant qu'elle soit recevable, est ainsi mal fondée.

b) S'agissant des troubles faisant l'objet de la décision querellée, on relèvera qu'il ressort du rapport du Dr H._____ faisant suite à son examen du 2 mars 2016 que la situation du recourant sur le plan médical était stabilisée. D'un point de vue thérapeutique, le pied gauche était considéré comme bien remis et il n'y avait rien à envisager. Pour ce qui est de l'épaule droite, même si une intervention pouvait éventuellement entrer en ligne de compte, le recourant ne prévoyait pas de subir une nouvelle opération. Ainsi, c'est à bon droit que la CNA a considéré que la situation médicale de l'assuré était stabilisée et qu'elle a procédé à l'examen du droit à la rente et à l'IPAI.

8. a) Le recourant conteste également l'appréciation de la capacité résiduelle de travail telle que réalisée par la CNA, estimant que les conclusions de l'assureur sur ce point sont diamétralement différentes de celles de S._____ et que les conclusions de la J._____ sont trop anciennes, bien que le recourant ait refusé de se soumettre à une nouvelle appréciation de la J._____.

b) Or il s'avère que la CNA s'est plutôt H._____ que sur les constatations de la J._____. Ce médecin explique que les limitations fonctionnelles du recourant sont essentiellement les travaux en hauteur. L'atteinte du pied gauche contre-indique surtout les longs trajets mais elle ne devrait pas avoir d'incidence sur une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, laquelle reste pleinement exigible, en présence de douleurs modérées - ne nécessitant que des antalgiques mineurs -, et surtout d'une fonction des épaules relativement préservée (cf. rapport du Dr H._____ relatif à l'examen du 2 mars 2016).

Le médecin de la CNA prend également position sur les conclusions de S._____, selon lesquelles il faudrait admettre une baisse de rendement de 50% dans une activité adaptée, en expliquant qu'il est précisé en préambule du rapport de stage que l'assuré venait sous la contrainte. Aux termes du rapport, « Il [l'assuré] savait qu'il ne pouvait rien faire et ne voulait pas qu'on lui détruise encore plus les bras. » Pour le

Dr H._____, ceci laisse penser que le recourant n'a pas donné toute la mesure de ses possibilités durant ce stage et que l'exigibilité finalement retenue par S._____ ne tient pas suffisamment compte de ces réticences. Au demeurant, on rappellera que les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 ; I 606/01 du 20 mars 2002, consid. 3a ; I 481/00 du 19 juin 2001, consid. 2b). Ainsi, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et des répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1).

De surcroît, force est de constater que le Dr H._____ a examiné le recourant à trois reprises entre 2014 et 2016, que ses rapports ont été établis non seulement sur la base des pièces au dossier mais également sur les déclarations de l'assuré et sur les constatations cliniques effectuées par ce médecin, et que ses conclusions sont claires et bien étayées. On ne saurait ainsi s'écarter de son appréciation s'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant. En particulier, les avis du Dr K._____ et du Dr M._____ ne permettent pas de remettre en cause l'évaluation du Dr H._____, ces médecins n'indiquant nullement en quoi la position du médecin d'arrondissement de la CNA ne pourrait être suivie. Au contraire, il ressort d'un courrier du conseil de l'assuré à l'OAI du 14 septembre 2016 que selon le Dr M._____, les lésions des épaules et leurs conséquences ont été bien appréhendées par la CNA. Quant au Dr K._____, il considère dans un premier temps que son patient peut « effectuer des activités fines avec les bras en appui sur un plan de travail ou une table, ou effectuer des activités où il s'agit de porter des charges modérées en bas du corps, mais sans devoir les soulever » (cf. son rapport du 13 mai 2015), ce qui est compatible avec le Dr H._____. Puis, dans un rapport du 13 mars 2018, le Dr K._____ déclare que son patient

présente quatre lésions arthrosiques douloureuses l'empêchant complètement de travailler. Or il ne fait en définitive que de substituer sa propre appréciation à celle du médecin de la CNA, sans expliquer pour quelle raison il s'en écarte, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en doute les conclusions motivées du Dr H._____.

c) Quant à l'opinion de la Dresse V._____ sur la question de la capacité résiduelle de travail, elle rejoint en substance celle du Dr H._____. Ce médecin constate en effet qu'il n'y a pas de tuméfaction locale et pas de limitation fonctionnelle au niveau de la cheville gauche et que le recourant ne présente pas de boiterie à la marche (cf. son rapport du 20 septembre 2016). Pour la Dresse V._____, il n'est pas souhaitable que le recourant travaille de façon continue en position debout ou sur un terrain irrégulier. Les limitations fonctionnelles relatives aux épaules sont un travail sans port de charge et sans avoir à lever les bras en hauteur. Autrement dit, les limitations décrites par ce médecin sont tout à fait compatibles avec une activité telle que décrite par le Dr H._____.

d) Enfin, on relèvera que la CNA a également soumis l'entier du dossier à la Dresse P._____ afin que cette dernière prenne position sur les troubles de l'épaule droite, puisque l'assureur RC s'était prévalu d'un avis médical selon lequel la problématique de cette articulation n'était pas liée de façon déterminante avec l'accident du mois de juin 2015. Dans son rapport particulièrement fouillé du 8 février 2017, cette dernière a admis l'existence d'un lien de causalité entre la rupture du supra-épineux droit et l'accident du 4 juin 2015. La Dresse P._____ mentionne les limitations fonctionnelles suivantes relatives aux épaules et au pied gauche : travail plutôt sédentaire avec alternance de position debout et assis, évitant les longs trajets et la marche en terrain accidenté, la montée et la descente d'escaliers répétés, le port de charge répété supérieur à 5 kg, et tous les travaux nécessitant l'élévation des bras au-dessus de l'horizontale. Pour la Dresse P._____, le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. Cette appréciation rejoint en substance celle du Dr H._____, qui avait également tenu compte des

troubles du pied gauche, mais pour qui ceux-ci ne devaient pas avoir d'incidence sur une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, laquelle reste pleinement exigible, en présence de douleurs modérées ne nécessitant que des antalgiques mineurs.

Compte tenu de ce qui précède, l'évaluation de la CNA de la capacité de travail du recourant n'est pas critiquable.

9. a) S'agissant du calcul du taux d'invalidité, le recourant n'en conteste pas les modalités. Contrôlé d'office, dit calcul ne prête pas le flanc à la critique.

b) Enfin, on relèvera que le recourant a retiré sa conclusion relative à l'IPAI, restreignant son recours à la question de sa capacité résiduelle de travail. Au demeurant, dans la mesure où la fixation de l'IPAI n'a pas fait l'objet d'une contestation dans le cadre de la procédure d'opposition, dite conclusion est irrecevable.

Au vu de ce qui précède, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision querellée confirmée.

10. a) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une expertise. Contrairement à ce qu'invoque C._____, la situation médicale et la question de la capacité résiduelle de travail ont été instruites à satisfaction par la CNA. Une expertise médicale ne serait ainsi pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. consid. 6b).

11. a) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

b) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, Me Olivier Carré a fixé à 12.06 heures le temps consacré à ce dossier, ses débours se montant à 150 francs. C'est ainsi un montant 2'170 fr. 80 (12.06 x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8% d'un montant de 173 fr. 65. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 150 fr., TVA 8 % en sus, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 2'506 fr. 45.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

**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 28 mars 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré est arrêtée à 2'506 fr. 45 (deux mille cinq cent six francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour C. _____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :