

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 octobre 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

L._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Flore Primault,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8, 16 LPGA ; 18 al. 1, 19, 24 et 25 LAA

E n f a i t :

A. L._____, né en [...], de nationalité portugaise (ci-après : l'assuré ou le recourant), a travaillé en qualité d'aide menuisier pour la société W._____ (ci-après : l'employeur) à 100 % pour un salaire mensuel de 4'425 fr. dès le 3 octobre 2016. En cette qualité, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 16 janvier 2017, l'employeur a annoncé à la CNA que l'assuré avait glissé et chuté sur un chantier le 12 janvier précédent. Il en était résulté une entorse de l'épaule qui avait entraîné une incapacité totale de travail.

Dans un rapport du 12 janvier 2017, le Dr N._____ du Service des urgences du Centre hospitalier Y._____ (ci-après : le Y._____) indiquait que l'assuré avait séjourné dans son service du 11 au 12 janvier 2017 et que la radiographie effectuée à son entrée n'avait révélé ni fracture ni luxation. Le patient avait consulté pour antalgie à la suite d'un traumatisme du rachis sans déficit. Sur le plan orthopédique, l'urgentiste avait constaté une contracture musculaire para cervicale gauche importante mais pas de déficit sensitivo moteur ou vasculaire du membre supérieur gauche, ni de touche de piano ou de laxité acromio-claviculaire que ce soit verticalement ou antérieurement. Il concluait à une entorse acromio-claviculaire de grade I-II selon Tocci. Un traitement antalgique et le port d'une bretelle avaient été prescrits et il était prévu que l'assuré consulte son médecin dans dix jours pour la suite de la prise en charge.

Le rapport radiologique (IRM lombo-sacrée) établi le 15 février 2017 par le Dr X._____ concluait à la présence d'une hernie discale médiane L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire ou médullaire ainsi qu'une discrète prise de contraste du ligament interépineux L3-L4. Le

rapport radiologique du 2 mars 2017 (IRM de l'épaule gauche) du Dr X._____ concluait à une probable entorse acromio-claviculaire avec présence de liquide au niveau de l'articulation ainsi qu'à une bursite sous-acromiale floride.

La CNA a pris en charge les suites de l'accident (indemnité journalière et frais de traitement) par lettre du 2 mars 2017 (n° de sinistre 23.25655.17.0).

Dans son rapport du 9 mars 2017, le Dr A._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, indiquait comme diagnostics une probable entorse acromio-claviculaire, une bursite sous-acromiale et des lombalgies aiguës sur fond chronique. L'évolution était stationnaire et le pronostic bon en ce qui concernait l'épaule, réservé s'agissant des lombalgies. Le traitement conservateur consistait en une médication à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'antalgiques et de séances de physiothérapie. Sa durée était indéterminée. Les consultations avaient lieu toutes les trois semaines environ. Le médecin estimait qu'il fallait s'attendre à la persistance de problèmes au niveau lombaire.

Il ressort du procès-verbal d'entretien avec l'assuré établi le 30 mars 2017 par un collaborateur de la CNA notamment ce qui suit :

« Le **11.01.2017** (et pas le 12.01.2017) vers 9h00, je me trouvais sur un chantier à [...]. A un moment donné, j'avais un carton rempli de déchets à jeter dans une benne et c'est en marchant en direction de la benne que j'ai glissé sur le sol recouvert de neige et de glace. J'ai effectué un vol plané en arrière, le carton a volé de côté et suis tombé et sur les fesses et sur le haut du dos, côté gauche. Après cette chute, j'ai ressenti des douleurs au bas du dos et à l'épaule gauche mais j'ai pu me relever tout seul et continuer à travailler normalement. En fin d'après-midi, quand j'ai voulu prendre le volant de la voiture, j'ai ressenti plus de douleurs au niveau de mon épaule gauche et aussi du dos. Arrivé au dépôt, j'ai informé le patron, M. [...] par téléphone, de mon accident et lui ai dit qu'il n'était pas sûr que je puisse venir travailler le lendemain. Il m'a donc invité à me rendre tout de suite au Y._____, ce que j'ai fait.
[...]

Au Y._____, on m'a fait passer une radiographie de l'épaule gauche mais pas du dos car mes troubles à ce niveau-là étaient connus.

On m'a dit que j'avais subi une entorse et on m'a prescrit de la physiothérapie, des médicaments, un arrêt de travail à 100 % et une bretelle pour tenir le bras.

J'ai rapidement pu commencer le traitement de physiothérapie ce qui a permis d'améliorer progressivement l'état de mon épaule gauche.

Actuellement, j'ai toutefois encore des limitations pour lever le bras de côté plus haut que l'horizontale ainsi qu'un manque de force. Au repos, je n'ai pas trop de douleurs mais parfois la nuit, je suis tout de même réveillé.

Je dois donc poursuivre la physiothérapie et je viens de recevoir une prescription pour faire de la physiothérapie en piscine pour l'épaule et le dos.

Au niveau de mes troubles du dos, qui sont connus de la Suva depuis mon accident du 5.06.2015 (24.18827.15.0), la situation est toujours la même. Ce dernier accident n'a pas plus que tant aggravé l'état de mon dos.

[...]

Par rapport à mon incapacité de travail, le médecin avait effectivement indiqué une reprise dès le 13.2.2017 mais cela était à réévaluer, donc sans garantie. Le jour en question, j'ai eu un contact avec l'entreprise et j'ai informé mon interlocuteur que je ne pouvais pas reprendre le travail et que je devais retourner chez le médecin le jour-même.

Je confirme que depuis l'accident du 11.01.2017, je n'ai jamais repris une quelconque activité professionnelle.

Pour l'instant mon arrêt de travail a été prolongé jusqu'au 23.04.2017 et le suivi se poursuit chez le Dr A._____ à Lausanne, chez qui j'ai rendez-vous le 7.04.2017.

Je confirme aussi que lors de l'accident du 11.1.2017, je n'ai pas été blessé au niveau de mes genoux.

Avant l'accident du 11.01.2017, mon épaule gauche allait très bien. Je n'avais jamais eu de problème à ce niveau-là auparavant.

Concernant mes troubles du genou droit et du dos, vous pouvez vous référer au dossier n° 24.18827.15.0. Aussi avant l'accident de janvier dernier, j'avais quelques douleurs au niveau du genou droit et du dos mais leur état était stable.

Je suis droitier. L'épaule droite va bien.

Actuellement, en dehors de mes troubles au niveau du dos et de l'épaule gauche, je n'ai pas d'autre problème de santé qui pourrait m'empêcher de travailler comme avant l'accident du 11.01.2017.

[...]. »

Le rapport intermédiaire du 4 juillet 2017 du Dr A._____ indiquait comme diagnostics un status post entorse acromio-claviculaire et une bursite sous-acromiale. Il exposait que l'état était stationnaire et le pronostic réservé en précisant qu'un antécédent de lombalgies influençait l'évolution du traitement. Le médecin traitant expliquait en outre qu'il avait adressé son patient à un spécialiste de l'épaule afin d'obtenir un

second avis médical. La durée du traitement (physiothérapie) était à réévaluer d'ici six semaines.

Dans son rapport du 9 juillet 2017 adressé au Dr A._____, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, relevait notamment ce qui suit :

« **Rappel anamnestique**

[...]

Le patient est aide menuisier de profession, ne pratique pas de sport, ne prend pas de médicament de façon habituelle, ne relate pas d'allergie, il est droitier.

Examen orthopédique épaule

Statique scapulaire conservée, pas d'amyotrophie.

Mobilités : EAA 170/170, REA 40/40, RIA D10/D9

Acromio-claviculaire : pas de douleur, body-cross test négatif.

Coiffe des rotateurs : Jobe tenu mais légèrement douloureux à gauche, rotation externe tenue, belly-press test négatif.

Long chef du biceps : palm-up légèrement douloureux à gauche, pas de douleur à la palpation de la gouttière du LCB.

Imagerie

IRM (native) de l'épaule gauche de mars 2017 : lésion partielle de la coiffe des rotateurs, intéressant le supra-épineux (estimation moins de 20% de l'épaisseur du tendon), probable lésion de type SLAP. A noter que les images sont de qualité médiocre, et que l'examen n'est pas injecté.

Appréciation

Il s'agit donc d'une lésion partielle de la coiffe des rotateurs, actuellement au décours. Je n'ai pas d'indication chirurgicale par ailleurs, le traitement de physiothérapie porte ses fruits subjectivement et objectivement.

J'ai proposé au patient de reprendre toutes ses activités, y compris ses activités professionnelles en ce qui concerne l'épaule.

Il m'a également parlé d'une hernie discale lombaire, pour laquelle il serait nécessaire de poursuivre un arrêt de travail, je suggère un avis spécialisé dans ce cadre et pour une éventuelle reconversion professionnelle. »

Dans son rapport relatif à l'examen final du 25 août 2017 complété le 19 janvier 2018 (cf. phrase en italique en fin de rapport), la Dre C._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué ce qui suit :

« **Motif de l'examen**

Assuré convoqué à la demande de l'administration pour faire le point de la situation.

Evolution suivant les pièces communiquées

Dossier 24.18827.15.0

- 24.06.2015 Assuré, qui travaille comme aide-mécanicien chez transport [...] à Lausanne à 100% depuis le 17.03.2014, a chuté d'un lit et s'est fait mal au dos et à la jambe D (réd. : droite) le 05.06.2015.
- 26.08.2015 IRM du genou D : tuméfaction de l'insertion de l'aileron rotulien interne avec bursite sous-rotulienne.
- 26.08.2015 IRM lombaire : déshydratation des disques L4-L5 et L5-S1 sans discopathie : Hernie discale médiane L4-L5 toutefois sans contrainte radiculaire ou médullaire, sans réaction inflammatoire de voisinage, déshydratation du disque D11 à D12 avec hernie discale médiane, contusion des parties molles paravertébrales droites en particulier en regard de L4.
- 20.09.2015 Rapport du Dr A. _____ qui retient que l'assuré a fait une chute de la hauteur du lit et présente une lombosciatalgie sur choc et entorse du genou D.
- 05.11.2015 Examen du MA (Dr [...]) qui retient des lombalgies persistantes dans le cadre d'une déshydratation des disques D11-D12, L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale L4-L5 médiane sans conflit radiculaire ou médullaire, des gonalgies droites persistantes et un status après contusion-tuméfaction de l'aileron rotulien interne. La situation n'est pas stabilisée, raison pour laquelle, il a été proposé un séjour à la CRR (réd. : Clinique romande de réadaptation).
- 18.12.2015 Rapport de sortie de la Clinique de réadaptation suite à un séjour du 11.11. au 08.12.2015. Il a été retenu que l'assuré présentait des troubles lombaires dégénératifs avec hernie discale L4-L5 médiane, non conflictuelle et des gonalgies antérieures droites chroniques non spécifiques. Au terme du séjour, subjectivement l'assuré s'était dit légèrement amélioré sans relever cependant d'amélioration des douleurs ni de gain fonctionnel. Sur le plan objectif, il n'y avait pas de gain significatif et les bilans réalisés restaient limités par des autolimitations. Il a été retenu que l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de maintien d'une position statique debout prolongée ou d'une position d'un tronc en porte-à-faux et pas de port répété de charges lourdes supérieures à 15 kg. Une reprise du travail à 50% était prévue le 11.01.2016 et à 100% le 01.02.2016.

Dossier 23.25655.17.0

- 12.01.2017 L'assuré a séjourné du 11.01 au 12.01.2017 au Y. _____ suite à un traumatisme du rachis sans déficit. Les radiographies n'ont pas montré de fracture, pas de luxation suite à la chute de l'assuré sur du verglas avec réception sur le flanc gauche. Il a été retenu une entorse

acromio-claviculaire de grade I à II selon Tocci et le traitement est conservateur.

- 16.01.2017 Assuré de 43 ans qui travaille chez W._____ à 100% depuis le 03.10.2016 comme aide-menuisier et qui, le 12.01.2017, glisse et tombe.
- 15.02.2017 IRM lombo-sacrée suite à une chute le 12.01.2017 qui montre une hernie discale médiane L4-L5 et L5-S1, sans contrainte radiculaire ou médullaire, une discrète prise de contraste du ligament intra-épineux L3-L4.
- 02.03.2017 IRM de l'épaule gauche qui montre une probable entorse acromio-claviculaire avec présence de liquide au niveau de l'articulation et une bursite sous-acromiale floride.
- 09.03.2017 Rapport du Dr A._____ qui retient une probable entorse acromio-claviculaire avec une bursite sous-acromiale gauche et des lombalgies aiguës sur fond chronique.
- 30.03.2017 Entretien de l'assuré à la Suva. Celui-ci mentionne qu'en Tunisie, il s'est formé comme mécanicien sur bateaux et qu'il est au bénéfice d'un brevet pour naviguer avec de grands bateaux. Il est venu s'installer en Suisse en 2013 où il a continué à travailler dans la mécanique avant de travailler chez [...] comme aide-mécanicien à l'atelier. Après une période de chômage de 6 mois, il a changé de domaine d'activité pour débiter dès octobre 2016 comme aide-menuisier. Il mentionne qu'il a reçu un avertissement de son employeur en janvier 2017, à cause d'une mésentente avec le chef sur la façon de procéder. Le 11.01.2017 vers 09h00, il glisse sur le sol recouvert de neige et de glace. Il tombe sur les fesses, sur le haut du dos et sur le côté gauche. Il présente des douleurs au bas du dos et à l'épaule gauche.
- 04.07.2017 Rapport du Dr A._____ qui retient un status post-entorse acromio-claviculaire et une bursite sous-acromiale avec un état stationnaire, un pronostic réservé. Il propose de réévaluer la situation dans 6 semaines.
- 09.07.2017 Rapport du Dr H._____ : assuré vu à la consultation du 04.07.2017. Au niveau de l'examen orthopédique, on peut noter une statique scapulaire conservée, sans amyotrophie, des mobilités EAA 170-170, REA 40-40, RIA D10/D9, au niveau de l'acromioclaviculaire, il n'y a rien été mis en évidence, quant à la coiffe des rotateurs, le Jobe est tenu, mais légèrement douloureux à gauche, la rotation externe est tenue et le belly-press test négatif. Au niveau du long chef du biceps, on note un palm-up légèrement douloureux à gauche, mais pas de douleurs à la palpation de la gouttière du LCB. Il est relevé qu'à l'IRM de mars 2017, on note une lésion partielle de la

coiffe des rotateurs intéressant le supra-épineux (estimation moins de 20% de l'épaisseur du tendon) avec une probable lésion de type SLAP. Il est relevé que les images sont de qualité médiocre et que l'examen n'a pas été injecté. Pour le Dr H. _____, il n'y a pas d'indication chirurgicale puisque le traitement de physiothérapie porte ses fruits et que la lésion partielle de la coiffe des rotateurs est actuellement au décours. Il a donc proposé à l'assuré de reprendre toutes ses activités y compris ses activités professionnelles en ce qui concerne l'épaule. Quant au problème lombaire, il propose qu'il soit vu par un spécialiste.

Déclarations de l'assuré

L'assuré, nous indique avoir vu le Dr H. _____ le 04.07.2017 et il nous a apporté une copie du rapport. Il nous signale également qu'il a séjourné pour un problème de dos à la CRR (sinistre 24.188827.15.0) du 11.11.2015 au 08.12.2015.

L'assuré est suivi par le Dr A. _____ dont le dernier rendez-vous remonte au 28 août 2017 et le prochain rendez-vous le 13.09.2017.

Concernant son épaule G (réd. : gauche), il dit que ça va mieux. Toutefois, l'assuré déclare présenter toujours des douleurs au niveau de cette épaule qui sont difficiles à définir, l'assuré parlant de piqûres, d'un point douloureux, puis d'une douleur prenant le moignon antérieur de l'épaule et irradiant jusqu'au milieu de la clavicule et d'une intensité de 5 à 6/10. Cette douleur apparaîtrait lorsqu'il fait des efforts, mais lorsqu'on lui pose la question, il dit qu'il a mal quand il fait de la physiothérapie et qu'au repos, il n'a pas trop de douleurs, mais ces douleurs sont quand même qualifiées de 4/10. Selon lui, il est réveillé la nuit à cause des douleurs environ 3 à 4 x par semaine. Il se lève, bouge un peu son épaule, et il prend de temps en temps un Dafalgan 1 g, mais à raison d'une fois par semaine en moyenne.

En ce qui concerne le dos, il dit que c'est douloureux. Les douleurs apparaissent après avoir marché 1000 m, il doit s'asseoir et ne peut pas rester plus de 5 à 10 min en position statique debout. Il doit bouger et avancer. Néanmoins, tous les matins, il fait de la marche, entre 10 et 15 min de marche, puis doit se reposer 15 min. Les douleurs se situent au niveau lombaire et irradient de temps en temps dans la fesse G et parfois au niveau inguinal G. Il déclare que parfois, il présente des blocages environ une journée qui vont céder après la prise de Brufen et de massages. Il dit qu'il n'est par ailleurs pas actif comme avant, qu'il marche plus lentement. Auparavant, l'assuré déclare avoir fait du fitness, de la marche, mais ces activités sont difficiles à préciser entre ce qu'il faisait avant et ce qu'il fait encore maintenant.

L'assuré suit de la physiothérapie à raison de 2 x par semaine pour l'épaule et pour son dos.

Sur le plan thérapeutique, il prend du Dafalgan 1 g 1-0-1. Si les douleurs augmentent, il prend du Brufen 800 mg ½ cp/jour (l'assuré déclare ne pas supporter le Brufen 400, mais après nous dit avoir pris du 600 et maintenant du 800 et prendre 1/c cp). Il déclare

également prendre du Paracétamol 1000 mg pensant que c'est plus fort que le Dafalgan 1 g et il prend ça 1 x le matin. Selon les indications de l'assuré, il prend donc 2 g de Paracétamol le matin.

L'assuré est en bonne santé habituelle, il ne prend pas d'autre médicament et il mentionne avoir mal au ventre et avoir le ventre gonflé à cause des médicaments et présenter des reflux à cause des anti-inflammatoires.

Sur le plan professionnel, en Tunisie, il est au bénéfice d'un brevet en mécanique de bateaux. Depuis son arrivée en Suisse, il a travaillé dans la mécanique sur voitures et poids lourds avant l'évènement du 05.06.2015 qui a conduit à l'hospitalisation à la CRR.

Suite à ce séjour, il a changé d'activité et a d'abord bénéficié de quelques mois de chômage avant d'être engagé par W._____. Il devait être formé comme aide-menuisier (AIT) avec une formation en pratique payée en partie par le chômage (les 6 premiers mois le chômage paie 40% du salaire), puis l'assuré devait être engagé par l'employeur. Selon l'assuré, il est toujours employé de la société.

L'assuré nous explique ses conflits avec son chef direct et notamment par le fait qu'il n'est pas là pour décharger uniquement des portes, mais pour se former. Il aurait également discuté avec le patron d'un programme de formation au sein de la société.

Sur le plan personnel, l'assuré est marié, n'a pas d'enfant. Son épouse est portugaise, elle habite et travaille au Portugal. Il est marié depuis 2008. Son épouse a une fille de 29 ans d'un précédent mariage.

L'assuré a habité depuis fin 2008 jusqu'en 2013 au Portugal, puis en 2013, il vient en Suisse, il est au bénéfice d'un permis B sur les indications de son épouse.

Constatations

L'assuré pèse 101 kg pour 1m78 soit un BMI à 32.

L'assuré est en bon état général apparent, avec un abdomen globuleux et une sangle abdominale relâchée. L'assuré marche très lentement, avec un ballant des bras un peu diminué et des bras qui ont des mouvements en symétrie. L'assuré peut marcher sur la pointe et sur les talons sans difficulté, mais avec quelques soupirs. L'assuré peut s'accroupir et se mettre à genoux et il se relève facilement avec l'aide de la main D.

A l'inspection du dos, on voit que les épaules sont à la même hauteur, l'attitude du tronc est relâchée avec une tête penchée en avant, mais l'assuré peut à la demande se tenir droit. Il n'y a pas de douleur à la palpation de la colonne vertébrale ni des chaînes musculaires paravertébrales avec une petite contracture paravertébrale bilatérale au niveau lombaire, non douloureuse. La percussion des épines iliaques n'est pas douloureuse.

L'inclinaison du tronc est à 20° des deux côtés, l'assuré déclare que c'est plus douloureux à gauche. Les rotations du tronc sont symétriques. La distance doigt-sol est de 24 cm et le Schober lombaire de 10-14.

En position couchée, l'assuré se plaint d'une douleur lombaire basse à la flexion de la jambe à 45°, mais ne mentionne aucune douleur au Lasègue à gauche.

La distance doigt-orteil assis sur le lit d'examen est à 1 cm.

Les réflexes sont faibles même avec une manoeuvre de diversion, mais symétriques.

La flexion des hanches et les rotations sont libres et symétriques des deux côtés, mais déclarées douloureuses.

Flexion-extension du genou symétrique et normale des deux côtés.

Au niveau des épaules, il n'y a pas d'amyotrophie des masses musculaires de l'épaule G, il n'y a pas de douleur à la palpation, ni de rougeur, ni de tuméfaction. Par la suite, l'assuré nous montrera qu'il a quand même une douleur, un point au niveau du trochin qu'il nous montre, difficilement reproductible.

Au niveau de la mobilité, flexion-extension, à gauche 145-0-20, à droite 155-0-45. L'abduction est à 125 à gauche contre 145 à droite. L'assuré peut mettre sans problème les deux mains derrière la tête, la rotation externe coudes au corps est à 35° à G contre 55 à D, la distance pouce-C7 est à 24 cm à G et 27 cm à D.

Signes de coiffe musculaire : le Jobe n'est pas déclaré douloureux, mais un peu moins bien tenu à G. Le belly-press test effectué malgré l'abdomen globuleux est tout à fait symétrique et négatif. Au test de Gerber, l'assuré arrive à décoller de 10 cm ses mains de chaque côté. Test de Yocum, tenu mais il dit que ça pique à G et il est sans particularité à D.

Diamètre des MS à 10 cm proximale de l'olécrâne à G 34 cm et 34 à D et à 10 cm distale de l'olécrâne 30,5 à G contre 31 cm à D chez un droitier.

Au niveau de la force, le Jamar est à G à 34-26-26 contre 50-52-32 à Dr.

Imagerie

Les images radiologiques ont été décrites dans les antécédents et nous n'y reviendrons pas.

Diagnostic

- Status après probable entorse acromio-claviculaire et bursite sous-acromiale floride de l'épaule G suite à une chute le 11.01.2017.
- Status après contusion lombaire dans le cadre de troubles lombaires dégénératifs avec hernie discale L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire ou médullaire d'origine dégénérative.

Diagnostic secondaire

- Obésité.

Appréciation

Il s'agit d'un assuré de 44 ans, originaire de Tunisie, mais au bénéfice également de la nationalité portugaise, en Suisse depuis 2013 avec une épouse qui vit au Portugal et habite au Portugal. L'assuré est au bénéfice d'un brevet de mécanique dans les bateaux et il a travaillé depuis son arrivée en Suisse comme aide-mécanicien pour les camions, puis depuis l'évènement du 05.06.2015, l'assuré a

été remplacé par le chômage dans une activité d'aide menuisier depuis le 03.10.2016.

Subjectivement, l'assuré déclare encore présenter des douleurs de son épaule G qui sont difficiles à préciser avec des douleurs qu'il qualifie au repos à 4/10 pouvant augmenter à 5-6/10 lorsqu'il effectue des efforts comme lors de la physiothérapie. Les douleurs sont calmées par les médicaments anti-douleurs.

En ce qui concerne le dos, l'assuré déclare présenter toujours des douleurs lombaires qui peuvent parfois irradier dans la fesse G voire au niveau du pli inguinal et qui l'empêchent de marcher plus de 1000 m ou 10-15 min et nécessitent qu'il doit se reposer en position assise environ 15 min lorsqu'il marche. Il ne peut pas non plus rester plus de 5 ou 10 min en position statique debout.

Objectivement, on est face à un assuré obèse avec un relâchement musculaire de la sangle abdominale et déconditionné au niveau du tronc. Il ne présente pas d'amyotrophie au niveau de son épaule G, la mobilité est diminuée au niveau de l'épaule G alors qu'elle était parfaitement identique lors de l'examen du Dr H._____. Les tests de la coiffe des rotateurs ne mettent pas en évidence de lésion nette de celle-ci.

Au niveau lombaire, la mobilité du tronc est bonne, avec une discordance entre la distance doigt-sol et la distance doigt-orteil.

La force est diminuée au niveau du MI G, mais très aléatoire également à D.

Au niveau de l'épaule G, comme le retient le Dr H._____ dans son rapport de consultation du 04.07.2017, l'assuré a présenté selon lui une lésion partielle de la coiffe des rotateurs actuellement au décours. Lorsqu'on reprend le rapport d'IRM du 02.03.2017, il n'est pas mis en évidence d'anomalie au niveau des tendons du supra-épineux, infra-épineux, sous-scapulaire ou du long chef du biceps. Par conséquent, il n'y a pas d'évidence d'un status après une lésion même très partielle de la coiffe des rotateurs. Par contre, la mobilité est bonne lors de l'examen du Dr H._____, un peu diminuée au niveau de l'épaule G lors du présent examen sans explication radiologique ou clinique. Il y a des phénomènes d'exagération dont l'origine est extra-médicale.

Comme le Dr H._____, nous préconisons donc une reprise de l'activité habituelle à 100 % pour ce qui de l'épaule G. Nous retenons toutefois que l'assuré ne peut pas exercer une activité majoritairement les bras au-dessus de la tête comme le ferait un poseur de plafond. L'activité décrite par l'assuré ne comporte pas de tel mouvement.

En ce qui concerne le dos, l'assuré a donc présenté des dorsolombalgies suite à la chute du 11.01.2017 qui n'a pas entraîné de lésion structurelle à l'IRM du 15.02.2017. Les lésions présentes et décrites à cette IRM sont d'origine dégénérative et préexistantes à la chute du 11.01.2017 et celle de 2015. Il n'a d'ailleurs pas été effectué de radiographies au moment de la consultation du 11.01.2017.

L'assuré a donc présenté des dorsolombalgies suite à la chute du 11.01.2017 sans lésion structurelle, sans déficit moteur ni sensitif. Nous pouvons donc retenir que la chute a donc aggravé passagèrement un état antérieur déjà connu.

La situation actuelle est maintenant stabilisée, et nous pouvons retenir que la chute du 11.01.2017 a cessé entièrement de déployer ses effets au niveau dorsolombaire. En ce qui concerne l'épaule G, la situation est stabilisée également et il ne persiste plus qu'une seule limitation fonctionnelle à savoir que l'assuré ne peut pas travailler avec les bras majoritairement en-dessus de la tête. L'activité habituelle est une activité adaptée à cette limitation fonctionnelle, elle est donc exigible à 100% pour les seules suites concernant l'épaule G.

L'assuré peut donc reprendre une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles qui avaient été retenues par la CRR à savoir pas d'activité en position statique prolongée, pas d'activité en position du tronc prolongée en porte-à-faux, pas de port répété de charges lourdes supérieures à 15 kg.

Si l'activité habituelle respecte les limitations fonctionnelles que nous avons retenues, l'assuré pourra reprendre son activité habituelle à 50% durant 2 semaines puis à 100% au vu du déconditionnement constaté. La capacité de travail exigible est de 100% dans une activité adaptée sans diminution de rendement.

L'assuré ne présente pas de séquelles indemnisables selon les tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA. »

Le 10 novembre 2017, la Dre C._____ a complété son rapport du 25 août 2018 comme il suit :

« Une erreur s'était glissée dans notre examen final du 25.08.2017. Nous l'avons corrigée.

Selon l'audition du 30.03.2017, nous pouvons retenir que l'activité habituelle est une activité adaptée en ce qui concerne l'épaule G, mais pas en ce qui concerne les limitations fonctionnelles retenues par la CRR et selon les dires de l'assuré et qui ne sont pas en lien avec un événement dont notre responsabilité est engagée. »

Le 1^{er} décembre 2017, l'assuré a déposé une demande prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

Le 20 décembre 2017, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a écrit au Dr A._____ ce qui suit :

« Monsieur L._____ a été revu à ma consultation le 14 décembre 2017.

Diagnostic

- Douleurs chronique acromio-claviculaires gauches secondaire à une entorse de grade I, avec tendinopathie du supra-épineux post-traumatique, le 12 février 2017.

Evolution

Marquée par une légère diminution des douleurs sous traitement combiné d'ostéopathie et de dry needling, ainsi que de la physiothérapie.

Les douleurs au repos sont actuellement sous contrôle, mais persistent à l'effort, surtout en élévation de l'épaule.

Attitude

Sur la base de l'évolution clinique et de l'imagerie, je propose de privilégier un traitement conservateur. Les douleurs au repos étant actuellement sous contrôle, je ne retiens pas d'indication à une infiltration cortisonée et j'encourage le patient à poursuivre le traitement instauré.

Le problème principal du patient est représenté par son aptitude au travail. Au vu du pronostic de récupération de la pathologie de l'épaule gauche, il est préférable d'envisager une activité professionnelle sans effort, sans mobilisation répétée du MSG (réd. : membre supérieur gauche), ni de mobilisation de l'épaule gauche au-dessus du buste. [...] »

Il ressort d'un rapport établi le 28 février 2018 par le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en médecine du sport, qu'il a reçu l'assuré à une reprise pour du « Needling » et une injection de Rapidocaine.

Dans son rapport du 29 février 2018, le Dr A._____ posait comme diagnostic une douleur chronique acromio-claviculaire gauche post-traumatique avec entorse de grade I et tendinopathie du supra-épineux. Il indiquait qu'il n'y avait pas de changement significatif depuis novembre 2017, que les séances de physiothérapie se poursuivaient et qu'il entendait faire réévaluer la situation par un spécialiste.

Par courrier du 6 mars 2018, la CNA a informé l'assuré que l'examen médical qu'il avait subi avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement et qu'elle mettait par conséquent fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} avril 2018.

Le 27 juin 2018, la Dre C._____ a indiqué ce qui suit en complément à son examen final du 25 août 2017 :

« 1. Nous avons retenu dans notre rapport d'examen final que l'assuré présentait un status après contusion lombaire dans le

cadre de troubles lombaires dégénératifs avec hernie discale L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire ou médullaire d'origine dégénérative. Nous avons retenu que la chute du 11.01.2017 avait cessé entièrement de déployer ses effets au niveau dorsolombaire. Une contusion lombaire guérit habituellement entre 3-6 mois. Dès lors, nous pouvons retenir que la chute avait totalement cessé de déployer ses effets après 6 mois, soit le 11.07.2017 mais au plus tard le 25.08.2017. Il n'y a aucune limitation fonctionnelle à retenir

2. En ce qui concerne l'épaule G, nous avons retenu que l'assuré présentait un status après probable entorse acromio-claviculaire et bursite sous-acromiale floride de l'épaule G suite à une chute le 11.01.2017. L'état de santé était stabilisé et nous devons retenir les limitations fonctionnelles suivantes : l'assuré ne peut pas travailler avec les bras majoritairement en-dessus de la tête. Nous y ajoutons que l'assuré ne doit pas porter de manière répétée des charges lourdes supérieures à 15 kg.

En ce qui concerne les limitations de la CRR, elles sont moins restrictives, car elles tiennent compte de l'ensemble des atteintes et notamment des atteintes dégénératives du rachis. Pour les seules suites des deux événements nous concernant (05.06.2015 et 11.01.2017), nous devons retenir les deux seules limitations fonctionnelles mentionnées dans le paragraphe ci-dessus.

Rappelons encore, que le MA, dans son rapport d'examen médical du 05.11.2015 avait retenu que l'événement du 05.06.2015 avait totalement cessé de déployer ses effets à 6 mois de l'événement.

L'activité d'aide-menuisier ne semble plus adaptée au vu du rapport d'audition du 30.03.2017 (contrairement à ce que nous avait décrit l'assuré lors de notre examen) et donc n'est plus une activité exigible. Par contre, dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, la capacité de travail exigible est entière sans diminution de rendement.

Nous n'avons pas de remarques supplémentaires ni de nouvelles propositions. »

Par décision du 10 juillet 2018, la CNA a informé l'assuré qu'il n'avait droit ni à une rente d'invalidité ni à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Elle a exposé qu'il ressortait de ses investigations médicales qu'en dépit des séquelles dues à ce seul accident, l'assuré était à même d'exercer une activité de type léger et ne nécessitant pas de travailler majoritairement avec les bras au-dessus de la tête. A titre d'exemples, elle a cité les activités d'aide de restaurant, d'opérateur et de collaborateur de production comme étant médicalement

exigibles la journée entière. Celles-ci pourraient rapporter un revenu résiduel de 4'737 fr., part au treizième salaire incluse. Comparant ce revenu avec invalidité à celui que l'assuré recevait avant son accident (revenu sans invalidité), soit 4'794 fr., la CNA est parvenue à la conclusion que la perte économique, donc le degré d'invalidité, était de 1 %, soit inférieur au minimum légal de 10 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Elle a produit cinq descriptions de poste de travail (ci-après : DPT). En ce qui concerne l'IPAI, la CNA a indiqué que selon l'examen médical du 25 août 2017, il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité de sorte que les conditions requises pour l'octroi d'une IPAI n'étaient pas réunies.

Le 4 août 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique Assista Protection Juridique SA (ci-après : Assista) a formé opposition à la décision du 10 juillet 2018. Se fondant sur les rapports médicaux demandés aux Drs A._____ et R._____, le recourant a conclu que la décision de la CNA n'était médicalement pas justifiée en l'état. Il a requis l'annulation de la décision et la mise en œuvre d'une expertise. Subsidiairement, le recourant a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 31 mars 2018 et à l'allocation d'une IPAI.

Dans son courrier du 19 juillet 2018 adressé à Assista, le Dr R._____ a répondu comme suit aux questions posées :

« 1. Depuis quand suivez-vous M. L._____ et pour quel(s) trouble(s) ?

M. L._____ a été vu à ma consultation sur demande de son médecin-traitant, le Dr A._____ le 6 novembre 2017 et le 14 décembre 2017 pour des douleurs chroniques acromio-claviculaires gauches secondaires à une entorse de grade I, avec tendinopathie du supra-épineux post-traumatique.

2. Les lésions consécutives à l'accident du 12 janvier 2017 ont-t-elles actuellement des répercussions sur sa capacité de travail ?

Lors de la dernière consultation du 14 décembre 2017, les lésions objectivées au niveau de l'épaule gauche avaient une répercussion sur son activité d'aide menuisier.

N'ayant plus revu le patient depuis lors, il ne m'est pas possible de me prononcer sur son état actuel.

3. Une évolution favorable de ces troubles est-elle envisageable ?

Le pronostic est réservé dans les activités lourdes, avec mobilisation répétée du membre supérieur gauche ou avec mobilisation de l'épaule gauche au-dessus du buste.

Dans une activité légère, le pronostic est favorable.

4. La poursuite d'un traitement médical est-elle encore nécessaire ? Si oui, serait-elle susceptible d'améliorer la capacité de travail de M. L. _____ ?

Le patient a été vu pour la dernière fois à ma consultation du 14 décembre 2017. Ne connaissant pas son état clinique actuel, je ne peux donc pas répondre à cette question.

5. Existe-t-il une capacité de travail résiduelle dans le cadre d'une activité adaptée ? Si oui, quel type d'activité serait envisageable, et à quel taux ?

Une fois la situation clinique stabilisée, le pronostic de reprise de travail est favorable dans une activité adaptée, prenant en considération les limitations fonctionnelles. Le taux de travail reste à définir selon l'évolution de la symptomatologie douloureuse.

6. Les lésions consécutives à l'accident ont-elles causé une incapacité de travail durable, et si oui, à quel taux ?

Oui. Je vous prie de bien vouloir vous adresser à son médecin traitant, le Docteur A. _____ qui atteste des incapacités de travail de M. L. _____.

7. Si vous ne partagez pas l'avis de la SUVA, je vous remercie d'exposer brièvement en quoi consiste cette divergence et de motiver brièvement votre position.

Ceci doit être défini dans le cadre d'une expertise. Je vous prie de vous adresser à qui de droit afin de répondre à cette question.

8. Partagez-vous l'avis de la SUVA considérant que l'atteinte à l'intégrité physique dont souffre M. L. _____ n'est pas importante ?

Ceci doit être défini dans le cadre d'une expertise. Je vous prie de vous adresser à qui de droit afin de répondre à cette question. »

Dans son courrier du 24 juillet 2018, le Dr A. _____ a répondu à Assista en ces termes :

« Cette lettre fait suite à votre courrier du 7.7.2018.

Monsieur L. _____ est suivi à ma consultation depuis le 20.01.2014.

Au point 2. La réponse est oui.

Au point 3, et 4, la réponse est non.

Au point 5, la réponse est oui et j'estime que si les limitations fonctionnelles sont respectées, soit pas de port de charge supérieur à 5 kilos ainsi que pas de travail dans les domaines de la construction ou de la mécanique lourde ainsi que pas de travail avec les bras au-dessus des épaules, la capacité de travail peut être estimée à 50% environ.

Il sera idéal d'évaluer cette capacité de travail dans le cadre d'un stage ou d'un programme de type OSEAO Vaud, par exemple.

Concernant le point 6, la réponse est affirmative. La capacité de travail est nulle concernant l'activité qu'il exerçait au sein de l'entreprise qui l'employait à l'époque.

Pour le point 7, je reviens à l'évaluation de sa capacité de travail qui devrait être réévaluée dans un cadre spécifique et cela afin de préciser entre sa capacité de travail théorique et sa capacité de travail réelle.

En effet, la SUVA ne tient pas compte du rendement dans son appréciation.

[...] »

Le 19 septembre 2018, la Dre C. _____ s'est déterminée sur la question de l'IPAI comme il suit :

«Dans l'examen médical final du 25.08.2017, l'assuré se plaignait d'épaule avec des discordances majeures au niveau des plaintes à savoir, l'assuré mentionnait encore présenter des douleurs de son épaule G mais celles-ci étaient difficiles à préciser. Il les qualifiait au repos à 4/10 pouvant augmenter à 5-6/10 lorsqu'il effectuait des efforts comme la physiothérapie alors qu'il avait mentionné qu'il avait mal que quand il faisait de la physiothérapie et qu'au repos il n'avait pas de trop de douleurs mais néanmoins lorsque nous avons demandé de préciser, il les retenait à 4/10.

Au niveau du status, on constatait au niveau de la mobilité, une flexion/extension à G à 145-0-20° contre 155-0-45° à D avec une abduction à 125° à G contre 145° à D. A l'examen du Dr H. _____ le 04.07.2017, il était retenu une statique scapulaire conservée sans amyotrophie avec des mobilités EAA 170/170, REA 40/40, RIA D10/D9. Le Jobe était tenu mais légèrement douloureux à G avec une rotation externe tenue et un Belly-press test négatif. Le palm-up était légèrement douloureux à G mais pas de douleurs à la palpation de la gouttière du LCB. L'IRM de mars 2017 montrait une lésion partielle de la coiffe des rotateurs intéressant le supra-épineux avec environ une estimation d'une lésion de moins de 20 % de l'épaisseur du tendon et une probable lésion de type SLAP. Pour le Dr H. _____ il n'y avait aucune indication chirurgicale puisque le traitement de physiothérapie avait porté ses fruits et que la lésion partielle de la coiffe des rotateurs était actuellement au décours. Il avait donc proposé à l'assuré de reprendre toutes ses activités, y compris ses activités professionnelles en ce qui concerne son épaule.

On peut lire dans les tables d'indemnisations pour atteinte à l'intégrité et notamment la table 1 qu'une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontal (soit une flexion à 120°) correspond à un taux d'IpAI de 10 %. Une épaule mobile jusqu'à l'horizontal (90°) correspond à un taux d'IpAI de 15 %.

Une périarthrite scapulo-humérale légère correspond à un taux d'IpAI de 0 % et moyenne de 10 %.

Sur la base de notre examen clinique, on constate que l'assuré a une flexion de son épaule G à 145° alors qu'elle est à 170° chez le Dr H. _____. Lors de notre examen il y a une petite exagération des difficultés de mobilité qui ne se retrouvent pas auprès du

médecin traitant et qui peut être expliquée par la situation d'examen final.

Il en est de même sur le plan subjectif, puisque les douleurs décrites sont, dans un premier temps, peu importantes, puis lorsqu'elles sont spécifiées, qualifiées de 4 au repos et 5/10 lorsqu'il fait de la physiothérapie. L'intensité des douleurs décrites de peu importantes, puis lorsque nous demandons des précisions sont cotées de moyennes. Il y a donc une certaine discordance.

Au vu d'une absence de diminution durable de la mobilité de l'épaule G et de légères douleurs (peu importantes selon l'assuré) qui correspondent à une périarthrite scapulo-humérale légère, nous avons retenu que les séquelles que présentaient l'assuré ne correspondaient pas à un taux d'IpAI selon les tables indemnités des atteintes à l'intégrité selon la LAA et notamment la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des MS à savoir l'édition 2000 et référence 2870/1.F. »

Par décision sur opposition du 25 septembre 2018, la CNA a confirmé la décision du 10 juillet 2018. Elle a considéré, en bref, que les conclusions médicales de son médecin d'arrondissement avaient pleine valeur probante, tant en ce qui concerne la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (100 %) que l'absence de séquelles suffisamment importantes pour ouvrir le droit à une IPAI. Ce faisant, elle a écarté l'avis divergeant du médecin traitant s'agissant d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 50 %, faute d'explication sur les raisons d'une diminution de rendement. De même, elle a considéré que les données médicales permettaient une appréciation plus objective de la capacité résiduelle de travail que les constatations pouvant être faites lors d'un stage d'observation tel que préconisé par le médecin traitant, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs, tel que le comportement de l'intéressé. Jugeant l'analyse médicale effectuée par son médecin d'arrondissement probante selon les critères jurisprudentiels, la CNA a également rejeté l'avis du Dr R._____, lequel estimait nécessaire la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer la capacité résiduelle de travail de l'opposant. En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, elle a considéré qu'il ne prêtait pas le flanc à la critique dès lors que les cinq DPT choisies étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré et avaient été versées au dossier. Enfin, s'agissant de la question de l'IPAI, elle s'est référée à l'avis de la Dre C._____ selon lequel, au vu

d'une absence de diminution durable de la mobilité de l'épaule gauche et en présence de légères douleurs, il y a lieu d'assimiler ces séquelles à une périarthrite scapulo-humérale légère, laquelle ne donne pas droit à une indemnisation selon la table 1 de la CNA.

Par projet de décision du 4 octobre 2018, confirmé par décision du 10 janvier 2019, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Il a notamment considéré que celui-ci disposait depuis le 25 août 2017 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, pas de port répété de charges supérieures à 15 kg). Le cas a fait l'objet d'une procédure de recours auprès de la Cour de céans (AI 66/19 - /2019, arrêt du septembre 2019).

B. Par acte daté du 26 octobre 2018, L._____, désormais représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue par la CNA le 25 septembre 2018 en prenant les conclusions suivantes :

« PRELIMINAIREMENT

- **Ordonner** en tant que besoin une expertise permettant de déterminer la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de Monsieur L._____ ;

PRINCIPALEMENT

- **Annuler** la décision sur opposition de la SUVA du 25 septembre 2018 prise à l'encontre de Monsieur L._____ ;
- **Constater** que Monsieur L._____ a droit aux prestations de l'assurance-accidents suite à l'événement du 11 janvier 2017, notamment sous la forme d'une rente d'invalidité et d'une IPAI fixée à dire de justice ;
- **Débouter** la SUVA de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions

SUBSIDIAREMENT

- **Annuler** la décision sur opposition de la SUVA du 25 septembre 2018 prise à l'encontre de Monsieur L._____ ;
- **Renvoyer** le dossier auprès de la SUVA afin que cette dernière statue dans le sens des considérants ;
- **Débouter** la SUVA de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions ; »

Le recourant fait valoir en substance que le rapport établi par la Dre C. _____ à la suite de l'examen final du 25 août 2018 (complété le 26 juin 2018) n'a pas la valeur probante requise par la jurisprudence dès lors que ses conclusions sont contredites par les Drs A. _____ et R. _____. Cela étant, il requiert la mise en œuvre d'une expertise indépendante. Il soutient également que l'évaluation de sa capacité de travail qualifiée d'entière par l'intimée n'est pas fiable, faute d'expertise indépendante. Le recourant estime dès lors qu'il y a lieu de se rallier aux avis des Drs A. _____ et R. _____, lesquels expriment respectivement une incapacité de travail à 50 % dans une activité adaptée tenant compte de limitations fonctionnelles plus lourdes, ainsi qu'une capacité de travail dans une activité adaptée qui ne saurait être entière. Il en conclut qu'une rente d'invalidité doit lui être servie. En ce qui concerne le droit à une IPAI, le recourant fait valoir, pour ce qui est de l'atteinte à l'épaule gauche, que dès lors qu'il ne peut pas travailler avec les bras au-dessus des épaules, il a droit à une IPAI pouvant se situer entre 15 et 30 %, comme dans le cas d'une épaule bloquée à l'horizontale (15 %) ou dans celui d'une épaule bloquée en abduction (30 %) selon la table 1 établie par la SUVA. Il soutient également qu'il a droit à une IPAI pour les lombalgies inhérentes à une hernie discale médiane qu'il convient de fixer entre 5 et 10 % en application par analogie avec l'IPAI accordée en cas d'hernie prouvée provoquant des douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement selon le tableau d'indemnisation n° 7 de la division médicale de la CNA.

Par réponse du 11 février 2018, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, a conclu au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. Elle fait valoir en bref que le recourant ne fournit aucun élément objectif susceptible de remettre en cause les conclusions de la Dre C. _____ relatives à la capacité résiduelle de travail de l'assuré, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. S'agissant du degré d'invalidité, elle soutient que c'est à bon droit qu'elle s'est référée aux données salariales basées sur les DPT pour le déterminer. En ce qui concerne la question de l'IPAI, l'intimée considère que le recourant n'avance pas non

plus d'élément scientifique permettant de douter du bien-fondé de l'appréciation du médecin d'arrondissement. Pour le surplus, elle se réfère à la décision entreprise.

Dans sa réplique du 5 mars 2019, le recourant confirme l'intégralité de ses conclusions et ses motifs.

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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid.

5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Il convient de rappeler que le droit des assurances sociales ne connaît pas l'action en constatation de droit. Toutefois, les conclusions du recourant pouvant être comprises comme tendant à la réforme, respectivement à l'annulation de la décision entreprise, l'utilisation du terme « constater » n'a pas d'incidence sur leur recevabilité. Cela étant, 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.

c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, sont 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 LPGA).

b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

c) 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 (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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit 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/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C _862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Il n'est pas contesté que le cas du recourant est stabilisé en ce sens qu'aucune amélioration ne peut être attendue d'un point de vue médical. De même, les parties s'accordent pour admettre que l'activité habituelle du recourant d'aide menuisier n'est plus exigible, compte tenu des limitations fonctionnelles qu'il présente à la suite de l'événement du 11 janvier 2017.

Par contre, en ce qui concerne le droit à la rente d'invalidité, le recourant conteste le point de vue de l'intimée, en tant que celui-ci se base sur l'évaluation médicale de la Dre C._____, selon laquelle la capacité de travail est totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelle suivantes : pas d'activité avec les bras majoritairement au-dessus de la tête ni port répété de charges lourdes supérieures à 15 kg (cf. rapport rectificatif du 27 juin 2018 faisant suite à l'examen final du 25 août 2017). Il considère que les rapports médicaux de ses médecins traitants, les Drs A._____ et R._____ (cf. rapports du 24 juillet, respectivement du 18 juillet 2018) remettent sérieusement en question sa valeur probante. Les limitations fonctionnelles de l'épaule gauche dans une activité adaptée seraient bien plus importantes que celles retenues par le médecin d'arrondissement. Selon le Dr A._____, elles entraîneraient (il semble qu'il prenne également en compte l'atteinte au dos que la Dre C._____ a exclue) une capacité résiduelle de travail de 50 % ; il recommande également une évaluation lors d'un stage. Quant au Dr R._____, il estime que la capacité de travail dans une activité adaptée doit être évaluée dans le cadre d'une expertise. Cela étant, le recourant fait valoir qu'il a droit à une rente d'invalidité, le cas échéant qu'une expertise doit être ordonnée pour déterminer sa capacité résiduelle de travail. Pour sa part, l'intimée estime que l'examen final de son médecin d'arrondissement repose sur une connaissance complète du dossier médical et que ses conclusions, objectives et motivées, sont

convaincantes. Elle est d'avis que les médecins traitants du recourant n'ont amené aucun élément objectif susceptible de les remettre en question et qu'une expertise est inutile.

b) Sur le plan médical, il est constant que le recourant présente un tableau clinique caractérisé par une atteinte à son épaule gauche depuis l'accident du 11 janvier 2017 (chute sur le flanc gauche de sa hauteur). Les radiographies n'ont pas montré de fracture ni de luxation. Le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire de grade I à II a été retenu par le médecin des urgences. Dans son rapport du 9 mars 2017, le médecin traitant du recourant, le Dr A._____, a retenu comme diagnostics une probable entorse acromio-claviculaire avec une bursite sous-acromiale gauche ainsi que des lombalgies aiguës. Le traitement est resté conservateur (physiothérapie) et antalgique. Le recourant a été examiné par le Dr H._____ le 4 juillet 2017. Dans son rapport du 9 juillet suivant, ce spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie a indiqué avoir constaté une lésion partielle de la coiffe des rotateurs, actuellement en décours ; il n'y avait pas d'indication chirurgicale, le traitement de physiothérapie portant ses fruits tant objectivement que subjectivement. Il a donc proposé au recourant de reprendre toutes ses activités, y compris professionnelles, en ce qui concerne l'épaule gauche. Il relevait que l'IRM de l'épaule gauche de mars 2017, sur laquelle on pouvait constater la lésion partielle de la coiffe des rotateurs, était de qualité médiocre.

C'est dans ce contexte que, le 25 août 2017, la Dre C._____ a procédé à l'examen final de l'assuré. Elle a retenu comme diagnostics un status après probable entorse acromio-claviculaire et une bursite sous-acromiale floride de l'épaule gauche à la suite de la chute du 11 janvier 2017 ainsi qu'un status après contusion lombaire dans le cadre de troubles lombaires dégénératifs avec hernie discale L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire ou médullaire d'origine dégénérative. En ce qui concerne ce dernier diagnostic, elle se référait aux conclusions de la CRR dans leur rapport du 18 décembre 2015 dans le cadre d'un précédent accident, soit une chute du lit le 24 juin 2015 (sinistre n° 24.18827.15.0),

qui avaient préconisé une reprise du travail à 100 % le 1^{er} février 2016 en retenant comme limitations fonctionnelles : pas de maintien d'une position statique debout prolongée ou d'une position d'un tronc en porte-à-faux ni de port répété de charges lourdes supérieures à 15 kg. Après une période de chômage, le recourant avait entrepris une formation d'aide-menuisier jusqu'à l'événement du 11 janvier 2017.

Dans son rapport, le médecin d'arrondissement relevait des discordances dans les déclarations du recourant en ce qui concerne les douleurs à l'épaule gauche et des différences dans l'examen clinique avec les constatations du Dr H. _____ en ce qui concerne la mobilité, un peu diminuée lors de son examen final, sans explication radiologique ou clinique ; elle concluait qu'il y avait des phénomènes d'exagération dont l'origine n'était pas médicale. En ce qui concerne les dorsolombalgies sans lésion structurelle, sans déficit moteur ni sensitif à la suite de la chute du 11 janvier 2017, elle considérait que ledit événement avait passagèrement aggravé un état antérieur déjà connu (cf. conclusions de la CRR ci-dessus rapportées). Dans un complément du 27 juin 2018, la Dre C. _____ a conclu que l'activité habituelle n'était plus exigible, que la contusion lombaire apparue le 11 janvier 2017 dans le cadre de troubles lombaires dégénératifs avec hernie discale L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire ou médullaire d'origine dégénérative déjà connus (sinistre n° 24.18827.15.0) avait totalement cessé de déployer ses effets après six mois et qu'il n'y avait dès lors aucune limitation fonctionnelle à retenir. En ce qui concerne l'épaule gauche, elle a ajouté à la limitation fonctionnelle retenue dans son rapport du 25 août 2017 (pas de travail avec les bras majoritairement au-dessus de la tête) l'interdiction du port répété de charges lourdes supérieures à 15 kg. Elle a estimé à ce propos que les limitations fonctionnelles retenues par la CRR étaient moins restrictives car elles tenaient compte de l'ensemble des atteintes et notamment des atteintes dégénératives du rachis. Elle a conclu que pour les seules suites des deux événements concernant la CNA (du 5 juin 2015 et du 11 janvier 2017), les deux seules limitations fonctionnelles qu'elle venait de citer devaient être retenues. Au final, elle a considéré qu'une activité adaptée

parfaitement aux limitations fonctionnelles décrites était exigible à 100 %, sans diminution de rendement.

c) En ce qui concerne la contusion dorsale, l'avis de la Dre C._____ est corroboré par les déclarations du recourant lui-même, qui, lors de son audition du 30 mars 2017 a déclaré : « Au niveau de mes troubles du dos, qui sont connus de la Suva depuis mon accident du 5.06.2015 (24.18827.15.0), la situation est toujours la même. Ce dernier accident n'a pas plus que tant aggravé l'état de mon dos. » Cela étant, il y a lieu de considérer que l'aggravation légère a cessé de déployer ses effets à la date indiquée par la Dre C._____ (le 25 août 2018 au plus tard). Dans ces conditions, et faute d'élément médicalement objectif, il n'y a pas matière à entrer en matière sur la requête d'expertise, l'appréciation du médecin d'arrondissement étant motivée et convaincante.

d) S'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche, les constatations du médecin d'arrondissement, notamment en ce qui concerne l'ampleur de l'atteinte et surtout la mobilité, sont corroborées par celles du Dr H._____, un facteur d'amplification des douleurs lors de l'examen final pouvant expliquer les discordances avec les résultats plus positifs observés par le Dr H._____.

e) C'est par ailleurs en vain que l'on cherche dans le dossier des éléments permettant de conclure qu'une activité adaptée à 100 % ne serait pas exigible. Le Dr A._____ n'a pas étayé son avis, qui n'est au demeurant pas corroboré par le Dr R._____, lequel ne se prononce pas sur la capacité résiduelle dans une activité adaptée. Aucun d'entre eux n'indique quelle autre limitation fonctionnelle devrait être prise en compte ni pourquoi.

f) Dans ces conditions, en l'absence d'autres éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions claires et convaincantes de la Dre C._____, selon lesquelles le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} avril 2018, il y a lieu de s'en tenir à

celles-ci, étant rappelé que ses conclusions reposent sur une analyse des documents médicaux à sa disposition, des examens radiologiques et d'un examen clinique.

5. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité totale de travail dans une activité adaptée.

a) A titre liminaire, on notera que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de l'appréciation émise en matière d'assurance-invalidité.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de

comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 9C_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2).

c)/aa) Pour fixer le revenu d'invalidé, on se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé 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).

c)/bb) En l'occurrence, le recourant n'a formulé aucun grief sur la question du calcul du degré d'invalidité. Il suffit de retenir que, comme l'exige la jurisprudence, l'intimée a déterminé le revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant de cinq DPT, qu'elle a en outre fourni la liste des DPT existantes et que son calcul ne prête pas le flanc à la critique. 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 de janvier 2017. Or, il convient de constater que dans le choix des DPT, la CNA a pris en compte la nécessité d'une activité légère et les limitations fonctionnelles liées à l'épaule gauche, déterminées par la Dre C. _____ et non contestées par les autres médecins consultés.

d) La décision sur opposition est ainsi bien fondée en ce qui concerne le droit à une rente d'invalidité.

6. a) Le recourant reproche également à l'intimée de lui avoir nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Il prétend à une IPAI d'au moins 20 %, voire de 40 % pour tenir compte des atteintes non seulement à l'épaule gauche mais également de son hernie discale et des dorsolombalgies qu'elle induit.

b) 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, 3ème 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).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b 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). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (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).

c) En l'espèce, dans son rapport du 25 août 2017, la Dre C._____, - seule médecin à s'être prononcée sur la question - a retenu que l'assuré ne présentait pas de séquelles indemnissables selon les tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA. Dans un rapport complémentaire du 19 septembre 2018, elle a rappelé ses propres constats lors de l'examen final ainsi que ceux du Dr H._____, notamment en ce qui concerne la mobilité, à savoir une épaule mobile et en élévation, et a précisé ce qui suit :

« On peut lire dans les tables d'indemnisations pour atteinte à l'intégrité et notamment la table 1 qu'une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontal (soit une flexion à 120°) correspond à un taux d'IpAI de 10 %. Une épaule mobile jusqu'à l'horizontal (90°) correspond à un taux d'IpAI de 15 %. Une périarthrite scapulo-humérale légère correspond à un taux d'IpAI de 0 % et moyenne de 10 %.

Sur la base de notre examen clinique, on constate que l'assuré a une flexion de son épaule G à 145° alors qu'elle est à 170° chez le Dr H._____. Lors de notre examen il y a une petite exagération des difficultés de mobilité qui ne se retrouvent pas auprès du médecin traitant et qui peut être expliquée par la situation d'examen final.

Il en est de même sur le plan subjectif, puisque les douleurs décrites sont, dans un premier temps, peu importantes, puis lorsqu'elles sont spécifiées, qualifiées de 4 au repos et 5/10 lorsqu'il fait de la physiothérapie. L'intensité des douleurs décrites de peu importantes, puis lorsque nous demandons des précisions sont cotées de moyennes. Il y a donc une certaine discordance.

Au vu d'une absence de diminution durable de la mobilité de l'épaule G et de légères douleurs (peu importantes selon l'assuré) qui correspondent à une périarthrite scapulo-humérale légère, nous avons retenu que les séquelles que présentaient l'assuré ne correspondaient pas à un taux d'IpAI selon les tables indemnités des atteintes à l'intégrité selon la LAA et notamment la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des MS à savoir l'édition 2000 et référence 2870/1.F. »

L'appréciation de la Dre C._____ est parfaitement convaincante et échappe ainsi à la critique, quoi qu'en dise le recourant, ce d'autant qu'elle n'est contredite par aucun autre médecin.

d) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'espèce, la Cour de céans ayant été en mesure de statuer sur la base des éléments médicaux figurant au dossier, la requête d'expertise pluridisciplinaire s'avère inutile et doit être rejetée. Il en va de même du stage préconisé par le médecin traitant du recourant pour évaluer sa capacité résiduelle de travail.

7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

c) 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 25 septembre 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 Flore Primault, avocate à Lausanne (pour le recourant),
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :