

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 décembre 2014

---

Présidence de M. NEU  
Juges : MM. Métral et Gerber, juge suppléant  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à L. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Nicolas Mattenberger,  
avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, au chômage depuis le 3 novembre 2008, a été assuré à ce titre contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Depuis le 1<sup>er</sup> février 2009, il a travaillé comme balayeur au service de la commune de D.\_\_\_\_\_ dans le cadre d'un programme d'emploi temporaire tout en percevant des indemnités journalières de l'assurance-chômage. Auparavant, il avait travaillé du 1<sup>er</sup> juin 2007 au 30 avril 2008 pour la Commune de L.\_\_\_\_\_.

Le 4 juin 2009, l'assuré a glissé sur une peau de banane en sortant de voiture et, dans un mouvement de recherche d'équilibre, est tombé sur l'épaule gauche. Le 5 juin 2009, il s'est présenté à l'Hôpital Z.\_\_\_\_\_ à F.\_\_\_\_\_. Selon le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin assistant, daté du 28 juin 2009, la mobilisation active était limitée. Un examen radiologique a mis en évidence une tendinopathie du supra-épineux et du sous-scapulaire avec un bec osseux sous-acromial. De l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_, les lésions n'étaient pas dues uniquement à l'accident. Seul un traitement antalgique a été prescrit. Une incapacité complète de travail a été attestée depuis le 5 juin 2009.

Une IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 26 août 2009. Le rapport du 14 septembre 2009 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concluait à des tendinopathies avec étirement des tendons du sus-épineux et du sous-scapulaire, entourées de lames liquidiennes et d'une dissociation des fibrilles évoquant des déchirures partielles.

Dans son rapport du 30 septembre 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué un très important conflit sous-acromial qui a probablement été décompensé par la chute. Une infiltration faite le 1<sup>er</sup> septembre 2009 a apporté une amélioration subjective significative. Par la suite, un traitement de physiothérapie a été suivi sans succès.

Selon un rapport du 18 octobre 2009 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, l'assuré a subi une lésion de l'intervalle des rotateurs avec une tendinite consécutive du long chef du biceps et des lésions partielles des voisins. Le Dr H.\_\_\_\_\_ était d'avis que le lien de causalité avec l'accident était « en dehors de toute question ». L'atteinte a conduit à un conflit sous-acromial secondaire, résultant de la dysfonction musculaire au niveau d'une épaule douloureuse dont les muscles de la coiffe des rotateurs étaient légèrement atrophiés. Au cas où une infiltration intra-articulaire correctement placée ne produirait pas d'effet, l'assuré aurait besoin d'une arthroscopie (avec un geste au niveau de l'intervalle des rotateurs, soit ténotomie/ténodèse du long chef du biceps, soit réinsertion tendineuse au niveau de la coiffe ou combinaison; on pourrait y ajouter une décompression sous-acromiale).

L'assuré a été examiné le 11 décembre 2009 par le Prof. J.\_\_\_\_\_, du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_. Selon le rapport du 14 décembre 2009, l'examen objectif mettait en évidence une tendinopathie du sus-épineux et du long biceps. Les radiographies de l'épaule gauche réalisées en juin 2009 faisaient apparaître des signes indirects de pathologie chronique de la coiffe des rotateurs avec quelques kystes au niveau de la partie antérieure du trochiter ainsi que des ostéophytes au bord antérieur et latéral de l'acromion. L'IRM de l'épaule gauche réalisée en août 2009 signalait une tendinopathie du long biceps, une tendinopathie du sus-épineux avec une petite lésion de la face profonde. Le Prof. J.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il était également probable que des facteurs non orthopédiques participassent à l'évolution défavorable. Aucune approche chirurgicale n'a été retenue.

L'assuré a séjourné du 31 mars au 5 mai 2010 à la Clinique A.\_\_\_\_\_ à N.\_\_\_\_\_. Une arthro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 9 avril 2010. Selon le Dr K.\_\_\_\_\_, l'examen a montré des signes de tendinopathie du sus-épineux à la hauteur de son insertion sans signe de rupture transfixiante ainsi que des signes discrets de bursite sous-acromio-deltoïdienne, tandis que la trophicité musculaire était bonne; le

tendon du biceps était d'aspect normal. Selon le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, l'examen radiologique était tout à fait rassurant et il n'y avait pas d'indication pour un geste chirurgical, même sous arthroscopie. Une infiltration écho-guidée au niveau de la bourse acromiale a été réalisée le 20 avril 2010, sans effet jusqu'à la sortie. Le rapport de sortie du 10 juin 2010 du Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et de la Dresse T.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, retenait comme diagnostics une contusion le 4 juin 2009 sur l'épaule gauche ainsi qu'une tendinopathie du supra-épineux et du long chef du biceps gauche. Simultanément, plusieurs atteintes au niveau lombaire ont été diagnostiquées: un syndrome radiculaire S1 gauche irritatif et déficitaire sur le plan sensitif, sur hernie discale L5- S1 médiane et paramédiane gauche, des troubles statiques (scoliose) et dégénératifs lombaires ainsi qu'une hypercyphose dorsale dans le cadre de séquelles de la maladie de Scheuermann. En fin de séjour, il n'y a eu, subjectivement, aucune amélioration, ni pour l'épaule, ni pour le dos. Objectivement, la mobilité active de l'épaule n'a pas été améliorée. Vu la problématique du dos, aucune évaluation professionnelle ni évaluation des capacités fonctionnelles n'a pu être réalisée. La prise en charge de l'épaule a été perturbée par les douleurs lombaires.

Le 14 janvier 2011, l'assuré a été opéré par le Dr B.\_\_\_\_\_ au niveau des lombaires (L5-S1). Le 2 février 2011, il a été examiné par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et médecin d'arrondissement. En mobilisation active, l'épaule gauche montrait une flexion-extension à 120°-0-30° contre 170°-0-55° à droite. L'abduction active gauche était limitée à 100° alors qu'elle était de 130° à droite. En mobilisation passive, on dépassait à peine les amplitudes observées en mobilisation active, mais on notait surtout une forte résistance de l'assuré qui inclinait en même temps la tête à gauche. De l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, la situation de l'épaule gauche était stabilisée et un statu quo sine pouvait être retenu. La lésion partielle et la tendinopathie du sus-épineux ne donnaient droit à aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité. Compte tenu des seules suites de l'accident du 4 juin 2009 concernant l'épaule gauche, on pouvait retenir une exigibilité dans une activité ne nécessitant pas l'utilisation des

membres supérieurs au-dessus du niveau des épaules et respectant une limitation du port de charges à 15 kg.

**B.** Par décision du 18 mai 2011, la CNA a octroyé à l'assuré une rente mensuelle d'invalidité de 701 fr. 45 sur la base d'une incapacité de gain de 14% dès le 1<sup>er</sup> juin 2011. Il ressortait des investigations, notamment sur le plan médical, qu'en dépit des séquelles de l'accident, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition toutefois que l'activité n'exige pas l'utilisation des membres supérieurs au-dessus des épaules, ni le port de charges supérieures à 15 kg. Une telle activité, exigible durant toute la journée, permettrait de réaliser un revenu d'environ 4'388 fr. par mois (part du 13<sup>e</sup> salaire comprise). Comparé au gain de 5'110 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait un préjudice économique de l'ordre de 14%.

Le 15 juin 2011, le Dr B. \_\_\_\_\_ a adressé au médecin-conseil de la CNA un courrier rapportant le résultat d'un bilan IRM de l'épaule gauche. Le constat objectif n'était pas inquiétant. La Dresse Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concluait son rapport radiologique du 9 juin 2011 en observant qu'il y avait des signes de tendinopathie insertionnelle du tendon du muscle sus-épineux et en moindre mesure du tendon du muscle du long chef du biceps; il y avait aussi des signes d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne et une discrète arthrose acromio-claviculaire. De l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_, la bursite chronique et la préarthrose acromio-claviculaire étaient des éléments suffisamment importants pour entretenir une symptomatologie douloureuse subchronique. Même s'il n'y avait pas un grave conflit ou une rupture, une décompression sous-acromiale et acromio-claviculaire avait toute sa place. Il demandait au médecin-conseil de la CNA de donner son accord pour une intervention chirurgicale. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a répondu par la négative le 6 juillet 2011, relevant que l'assuré avait été vu, entre autres, par le Prof. J. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_ et par le Dr X. \_\_\_\_\_ de la Clinique A. \_\_\_\_\_, spécialistes de l'épaule, qui n'avaient retenu aucune indication opératoire.

Par acte du 16 juin 2011, complété le 29 juillet suivant, la protection juridique G.\_\_\_\_\_ a fait opposition, au nom et pour le compte de l'assuré, contre la décision du 18 mai 2011, requérant la mise en oeuvre d'une expertise par un médecin indépendant. L'assuré contestait la pleine capacité de travail retenue par la CNA, estimant que sa capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles n'était que de 60 à 70%. Il demandait par ailleurs l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10% au minimum et, subsidiairement, à ce que soit ordonné un complément d'instruction sous forme d'une expertise. L'opposant se prévalait d'un rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2011 selon lequel, en tenant compte des limitations retenues par la CNA, il serait très difficile de trouver un travail à 100%, mais que cela serait peut-être envisageable pour un taux d'activité de 60 à 70%.

Le 30 novembre 2011, le Dr R.\_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions du 2 février 2011. Concernant le refus d'une IPAI, il a fait valoir que la réglementation utile ne prévoyait pas d'indemnité dans un cas comme celui de l'assuré, s'agissant d'une lésion partielle du tendon.

Par décision sur opposition du 27 décembre 2011, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 18 mai 2011. Elle a notamment estimé que le certificat sommaire du Dr E.\_\_\_\_\_ ne pouvait remettre en question les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_, de sorte qu'une expertise externe s'avérait inutile.

**C.** Par acte daté du 18 octobre 2011, reçu le 19 janvier 2012 par la CNA, la société I.\_\_\_\_\_, au bénéfice d'un « mandat de gestion », a recouru au nom de C.\_\_\_\_\_ devant la CNA contre la décision sur opposition du 27 décembre 2011. L'acte de recours a été transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence le 23 janvier 2012.

Dans sa réponse du 9 mai 2012, la CNA a contesté la recevabilité du recours, estimant que les pièces produites ne fondaient

aucun pouvoir de représentation en faveur de I.\_\_\_\_\_. Elle soutenait par ailleurs que le recours était insuffisamment motivé. Le 15 mai 2012, I.\_\_\_\_\_ a été invitée à se déterminer sur la réponse de la CNA. Le 21 mai 2012, elle a retourné au tribunal le courrier que celui-ci lui avait notifié en l'invitant à l'adresser au recourant personnellement.

Le 24 mai 2012, le juge instructeur a fixé un délai jusqu'au 7 juin à I.\_\_\_\_\_ pour produire une procuration écrite l'habilitant à agir en justice. Le 25 mai 2012, I.\_\_\_\_\_ a informé le Tribunal cantonal que les relations contractuelles avec l'assuré avaient trouvé un terme au 11 mai 2012. Le 29 mai 2012, le juge unique a déclaré le recours irrecevable au motif que le « mandat de gestion » signé par l'assuré ne suffisait pas pour une représentation en justice et que I.\_\_\_\_\_ n'avait pas produit de procuration justifiant de ses pouvoirs de représentation en justice malgré qu'elle ait été dûment informée des conséquences d'un tel défaut. Le 8 juin 2012, le nouveau conseil de l'assuré, Me Nicolas Mattenberger, a fait valoir que l'assuré n'avait jamais eu connaissance de ces éléments et qu'il n'en avait été informé qu'à réception de la décision du 29 mai 2012. Il demandait la restitution du délai pour régulariser la procédure. Par courrier du 18 juin 2012, le juge instructeur a donné au recourant un délai supplémentaire pour retourner le recours signé de sa main et pour adresser un mémoire complémentaire de recours. Le 28 juin 2012, l'assuré a communiqué à la Cour de céans l'original du recours signé de sa propre main et demandé l'octroi de l'assistance judiciaire.

Par décision 2 juillet 2012, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant à compter du 8 juin 2012 et commis Me Nicolas Mattenberger comme avocat d'office.

Par acte du 3 septembre 2012, le recourant a remis un mémoire complémentaire de recours. Il a précisé les conclusions prises dans son recours daté du 18 octobre 2011 en demandant que la CNA soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité LAA, fixée à dire de justice, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un taux de 20%. Il requiert à titre de mesure d'instruction la mise en oeuvre d'une

expertise orthopédique. Il fait valoir que l'intimée s'est fondée sur la seule opinion de son médecin d'arrondissement pour rendre sa décision, opinion lacunaire, souffrant de contradictions importantes, d'un grave défaut de motivation et contredite par l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2011 et par le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 18 octobre 2009.

Dans son mémoire de réponse du 5 décembre 2012, la CNA s'en remet à justice concernant la recevabilité du recours. Elle conclut au rejet du recours, dans la mesure où celui-ci est recevable, et à la confirmation de la décision attaquée. Elle fait valoir, concernant l'exigibilité d'une capacité de travail sur le plan médical, d'une part qu'il n'existe aucun indice concret permettant de douter du bien-fondé des conclusions de son médecin d'arrondissement, dont l'examen paraît concluant et vierge de contradictions intrinsèques, d'autre part que les observations des autres médecins sont tout à fait superposables à l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_. En ce qui concerne l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA relève l'absence de tout argument médical concret susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé de l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_.

Dans sa réplique du 14 janvier 2013, le recourant a confirmé ses conclusions. Il fait valoir en particulier que dans la mesure où il présente plusieurs atteintes à la santé, dont certaines ne relèvent pas de l'autorité intimée, seule une expertise orthopédique est en mesure de déterminer précisément sa capacité de travail, ses limitations fonctionnelles et son droit à une IPAI.

**D.**           **a)** A la requête du juge instructeur, le dossier de l'assurance-invalidité a été produit le 21 mars 2013. Il en ressort notamment ce qui suit:

- L'assuré a présenté une demande de rente AI le 13 mars 1997 en raison d'une hernie discale. Par décision du 10 novembre 1999, l'OAI a rejeté cette demande au motif que, sur le plan médical, il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée

(p. ex. travail à l'établi, ou poste de servant de machines, avec possibilité d'alterner les positions ou en position assise autorisant des changements de position, avec un port de charges limité); sa capacité de gain, dans une telle activité, déterminait un préjudice économique de 10%. Un recours déposé contre cette décision a été rejeté le 29 juin 2000 par le Tribunal des assurances du Canton de Vaud (AI 14/00 - 180/2000). Cet arrêt relève que l'assuré, qui n'était pas accessible à une formation, était en mesure de travailler sans autre dans l'industrie, dans un emploi léger et adapté; le manque de motivation de l'assuré a conduit l'OAI à renoncer à l'aider à se réintégrer ; il appartenait ainsi à ce dernier de mettre en oeuvre sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail.

- Le 22 janvier 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI.
- Dans un rapport du 15 février 2010, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assuré jusqu'au 16 octobre 2009, a relevé que l'épaule avait une mobilité complète mais activement limitée par la douleur. Un conflit sous-acromial était présent. La coiffe des rotateurs restait globalement compétente à l'examen clinique. Le bilan radiologique complémentaire, en particulier l'IRM de l'épaule gauche, avait révélé une tendinopathie principalement du sus-épineux et du sous-scapulaire, avec des images de déchirure partielle de ses tendons, soit une lésion de l'intervalle de la coiffe avec composante de tendinite bicipitale.
- Un examen des membres supérieurs a été effectué le 25 mai 2011 par le Dr U.\_\_\_\_\_, neurologue, à la demande du Dr B.\_\_\_\_\_. Selon le rapport du 26 mai 2011, les réflexes tendineux étaient vifs symétriquement. L'examen de la sensibilité donnait une hypoesthésie du 5<sup>ème</sup> doigt et de la face interne du 4<sup>ème</sup> s'étendant au bord cubital de la main. Des deux côtés, le nerf cubital au coude présentait un vif signe de Tinel irradiant vers le 5<sup>ème</sup> doigt davantage à gauche qu'à droite. Le tronc nerveux était

particulièrement bien palpable, sans doute exposé à une compression extrinsèque, mais il n'était pas luxable ou subluxable. Sur le plan moteur, il existait une légère hypomyotrophie du 1<sup>er</sup> espace interosseux dorsal gauche sans que l'on puisse nettement mettre en évidence de déficit dans le territoire du nerf cubital gauche. Pour le reste, sur le plan rhumatismal, on notait une limitation de l'abduction à l'épaule gauche à 80° ainsi que la rotation interne avec une distance pouce-C7 de 36 cm à G pour 21 cm à D. L'examen clinique suggérait donc une atteinte du nerf cubital au coude gauche sensitive et motrice. L'électro-myogramme confirmait en tout point cette hypothèse en montrant un phénomène de bloc de conduction partiel du nerf cubital au coude gauche avec quelques signes de dénervation aiguë dans le 1<sup>er</sup> interosseux dorsal gauche qui présentait des tracés à l'effort très légèrement dissociés. Le potentiel d'action sensitif distal était symétrique. Il s'agissait d'une neuropathie partielle du nerf cubital au coude gauche qui présentait encore un bon pronostic avec le traitement conservateur consistant principalement en un évitement des positions accoudées. Le Dr U.\_\_\_\_\_ remarquait dans son dossier que le patient l'avait consulté en 2000 pour des symptômes tout à fait comparables du côté droit.

- Dans son rapport du 16 juillet 2011, le Dr E.\_\_\_\_\_ rapportait que l'assuré souffrait d'une cervicobrachialgie gauche ainsi que d'une lombosciatalgie droite, d'un rétrécissement canalaire gauche, d'une discopathie L5-S1 et d'une gonalgie des deux côtés. A son avis, compte tenu de l'état du dos et de l'épaule de l'assuré, il ne croyait pas que celui-ci puisse retrouver du travail.
- Selon un rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2011, l'assuré avait des douleurs et des acroparesthésies dans le territoire L5, ainsi qu'une impotence fonctionnelle partielle de l'épaule gauche.

**b)** Dans ses déterminations du 24 avril 2013, la CNA a maintenu ses conclusions.

Par acte du 21 mai 2013, le recourant a déclaré renoncer à déposer des déterminations supplémentaires.

**E.** Par acte du 10 octobre 2013, le mandataire du recourant a présenté la liste des opérations qu'il a effectuées dans la présente cause.

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

**1. a)** Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]), 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 des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours a été interjeté en temps utile. Adressé à tort à l'assureur intimé, il est parvenu avant l'échéance du délai au Tribunal cantonal du canton de Vaud, compte tenu des fêtes judiciaires de Noël (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA).

**d)** Le recours a été déposé par I.\_\_\_\_\_ au nom de C.\_\_\_\_\_ en vertu d'un « mandat de gestion » signé par celui-ci le 12 janvier 2012. Ce mandat incluait la gestion et l'administration du portefeuille d'assurances ainsi que les « négociations nécessaires avec les compagnies d'assurances ». Il ne mentionnait en revanche pas la représentation devant les tribunaux.

Conformément à l'art. 16 al. 1 LPA-VD, les parties peuvent se faire représenter en procédure de recours. Le tribunal peut exiger du représentant qu'il justifie de ses pouvoirs par une procuration écrite (art. 16 al. 3 LPA-VD). Malgré la requête du juge instructeur du 24 mai 2012, I.\_\_\_\_\_ n'a pas produit, dans le délai fixé, une procuration écrite l'habilitant à agir en justice au nom du recourant, se bornant à informer le tribunal que le mandat de gestion avait été résilié le 11 mai 2012. Le recours n'avait ainsi pas valablement été déposé par I.\_\_\_\_\_. Pour ce motif, le recours a été déclaré irrecevable le 29 mai 2012 par le juge instructeur statuant comme juge unique.

Selon l'art. 41 LPGA, applicable en procédure de recours en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les 30 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis. Pour la procédure devant le Tribunal fédéral, l'art. 50 al. 2 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110) prévoit que la restitution peut aussi être accordée après la notification de l'arrêt, qui est alors annulé. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, cette disposition est aussi applicable par analogie à la procédure de recours devant le Tribunal administratif fédéral, même si l'art. 24 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) ne le prévoit pas: la possibilité de restituer un délai non respecté sans faute est un principe général du droit qui a pour but de corriger les désavantages procéduraux subis sans faute; il faut en outre éviter une procédure inutile si la partie était obligée de recourir contre la décision d'irrecevabilité (TF 1C\_491/2008 du 10 mars 2009

consid. 1). Il en va de même en matière d'assurances sociales devant la Cour de céans, même si, ni l'art. 41 LPGA, ni l'art. 16 LPA-VD, ne prévoient expressément la possibilité de restituer un délai après la notification de l'arrêt prononçant l'irrecevabilité du recours. Le recourant ayant signé personnellement le recours dans le nouveau délai imparti tel que restitué, le recours doit dès lors être considéré comme ayant été formé en temps utile et valablement déposé, l'absence de motivation et d'indication des conclusions dans l'acte de recours ayant été corrigée par mémoire complémentaire du 3 septembre 2012 (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD).

Le recours est ainsi recevable.

**2.** Le recourant met en question le bien-fondé de la clôture de l'instruction de son cas en relevant que des interventions chirurgicales ont été proposées par deux praticiens, le Dr B. \_\_\_\_\_ et le Dr H. \_\_\_\_\_.

**a)** Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente ; le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. L'art. 19 al. 1 LAA délimite 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 [Tribunal fédéral des assurances] U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 p. 115 et les références). 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 p. 115).

La poursuite d'un traitement médical amenant une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré avec effet sur la capacité de travail n'empêche la clôture du cas que si le traitement portait sur une atteinte à la santé qui était en lien de causalité avec l'accident assuré (TF 8C\_327/2010 du 22 juillet 2010 consid. 4.2).

**b)** Le recourant fait d'abord valoir que le Dr B.\_\_\_\_\_ a considéré dans son rapport du 15 juin 2011 qu'une décompression sous-acromiale et acromio-claviculaire semblait indiquée. Or, même si la bursite justifiant selon le Dr B.\_\_\_\_\_ cette intervention avait déjà été diagnostiquée lors du séjour à la Clinique A.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_ avait expressément déclaré qu'il n'y avait pas d'indication pour un geste chirurgical, même sous arthroscopie. Comme il n'y a pas d'indice que l'atteinte en question ait évolué substantiellement entre le séjour à la Clinique A.\_\_\_\_\_ et la prise de position du Dr B.\_\_\_\_\_ puisque ce dernier se réfère aussi à des signes d'une bursite, l'avis favorable du Dr B.\_\_\_\_\_ ne démontre pas qu'une décompression sous-acromiale et acromio-claviculaire apporterait une amélioration sensible de l'état de santé du recourant au sens susmentionné.

Le recourant fait également valoir que le Dr B.\_\_\_\_\_ a demandé le 2 mai 2012 à l'assurance intimée de prendre en charge une opération de l'épaule gauche, demande qui a été refusée. Or, cette demande est postérieure à la décision attaquée datée du 27 décembre 2011. La demande du Dr B.\_\_\_\_\_ du 2 mai 2012 ne saurait donc être prise en considération dans la présente cause. Le dépôt d'une demande d'intervention en date du 2 mai 2012 ne démontre du reste pas une évolution de l'état de santé entre le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 15 juin 2011 et la décision attaquée.

Le recourant se prévaut enfin de l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2009, selon lequel une arthroscopie serait nécessaire au cas où une infiltration intra-articulaire correctement placée ne produirait pas d'effet. Toutefois, tant le Prof. J.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ que le Dr X.\_\_\_\_\_ de la Clinique A.\_\_\_\_\_, qui ont examiné le recourant après le

Dr H.\_\_\_\_\_, ont nié l'opportunité d'une intervention chirurgicale. On peut donc en déduire qu'une arthroscopie n'apporterait pas une amélioration sensible de l'état de santé du recourant.

Vu ce qui précède, c'est à juste titre que la CNA a clos le cas pour le 1<sup>er</sup> juin 2011 par décision du 18 mai 2011.

**3.** Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique aux motifs que l'intimée s'est fondée uniquement sur l'opinion de son médecin d'arrondissement pour rendre sa décision, opinion selon lui lacunaire, souffrant de contradictions importantes et d'un grave défaut de motivation et enfin contredite par les avis d'autres praticiens.

**a)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 251 consid. 3a et les références citées; RAMA 2000 n° KV 124 p. 214).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative

s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p. 471; TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

**b)** Le recourant critique d'abord le fait que le Dr R.\_\_\_\_\_ n'a pas présenté dans son rapport du 2 février 2011 un diagnostic propre, ce qui priverait de motivation suffisante ses conclusions portant sur la capacité de travail résiduelle et les limitations fonctionnelles. Ce grief est infondé: outre qu'il n'y a pas à exclure qu'en l'absence de divergence de diagnostic, le Dr R.\_\_\_\_\_ a repris implicitement les diagnostics qu'il rapporte dans l'exposé du dossier, ce médecin se réfère explicitement à la rupture partielle du sus-épineux gauche.

Le recourant qualifie ensuite le rapport du 2 février 2011 d'incomplet au motif que de nombreuses et importantes autres atteintes que la rupture partielle du sus-épineux gauche ont été diagnostiquées en lien de causalité avec l'accident du 4 juin 2009. Il se réfère principalement au fait que le Dr H.\_\_\_\_\_ mentionnait dans son rapport du 18 octobre 2009 une lésion de l'intervalle des rotateurs avec une tendinite consécutive du long chef du biceps et des lésions partielles des voisins, atteinte qui a généré un conflit sous-acromial secondaire, résultant de la dysfonction musculaire au niveau d'une épaule douloureuse dont les muscles de la coiffe des rotateurs étaient légèrement atrophiés. Il relève en outre que, selon le Dr H.\_\_\_\_\_, la lésion de l'intervalle des rotateurs est le problème primaire. Une telle lésion de l'intervalle des rotateurs est aussi diagnostiquée par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans un rapport du 15 février 2010 à l'adresse de l'assurance-invalidité. En revanche, une lésion de la coiffe des rotateurs n'a été diagnostiquée ni par le Prof. J.\_\_\_\_\_ - qui lisait dans les radiographies de juin 2009 une « pathologie chronique » de

la coiffe des rotateurs - ni par le Dr X. \_\_\_\_\_ de la Clinique A. \_\_\_\_\_. Ce dernier s'est fondé sur une arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée le 9 avril 2010 qui a mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux, mais pas une lésion de la coiffe des rotateurs. Le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ relève bien que le Dr H. \_\_\_\_\_ « évoque une lésion de l'intervalle de la coiffe des rotateurs ». Eu égard au fait que cette lésion n'a pas été confirmée par le Prof. J. \_\_\_\_\_, ni par l'examen radiographique lors du séjour à la Clinique A. \_\_\_\_\_, le Dr R. \_\_\_\_\_ pouvait ne plus la mentionner dans son appréciation sans que celle-ci s'avère incomplète.

Le recourant se réfère en outre à un rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 19 mars 2012 qui, sur la base des radiographies et IRM réalisées les 5, 10 et 18 juin 2009, a diagnostiqué une tendinopathie du supra-épineux et du sous-scapulaire, un remaniement acromio-claviculaire et un bec osseux sous-acromial avec impingement syndrome. Il en déduit que le rapport du 2 février 2011 du Dr R. \_\_\_\_\_ était incomplet. Certes, la tendinopathie du sous-scapulaire et le bec osseux sous-acromial étaient aussi mentionnés dans le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 28 juin 2009. Ces deux atteintes n'ont toutefois pas été confirmées par l'arthro-IRM du 9 avril 2010, car le Dr K. \_\_\_\_\_ a conclu à un aspect normal du tendon sous-scapulaire et à l'absence d'anomalie osseuse décelable. Quant au "remaniement acromio-claviculaire", il n'avait pas été diagnostiqué par les médecins qui avaient examiné le recourant avant le Dr R. \_\_\_\_\_ et n'avait pas été mis en évidence par l'arthro-IRM du 9 avril 2010. Le Dr R. \_\_\_\_\_ pouvait donc ne pas mentionner ces diagnostics dans son appréciation sans que celle-ci s'avère incomplète.

Dans son rapport du 2 février 2011, le Dr R. \_\_\_\_\_ déclare sous le titre « Appréciation » que l'assuré a été vu successivement par les Drs P. \_\_\_\_\_, H. \_\_\_\_\_ et par le Prof. J. \_\_\_\_\_ et poursuit comme suit : « Aucune indication chirurgicale n'est retenue ». Le recourant fait valoir que cette appréciation résulte d'une erreur manifeste dès lors que le Dr H. \_\_\_\_\_ avait déclaré dans son rapport du 18 octobre 2009 qu'une arthroscopie serait nécessaire au cas où une infiltration intra-articulaire correctement placée ne produirait pas d'effet. L'affirmation du Dr

R.\_\_\_\_\_ selon laquelle aucune indication chirurgicale n'était retenue constitue uniquement un rappel des antécédents au regard des actes du dossier où cette affirmation est associée exclusivement au Prof. J.\_\_\_\_\_. Même si la présentation sous la forme d'une phrase autonome laisse penser que cette affirmation concerne les trois médecins mentionnés, elle peut être comprise comme se rapportant uniquement au dernier de ces médecins, à savoir le Prof. J.\_\_\_\_\_ (cf. le terme « successivement »). Il s'agit ainsi d'une formulation imprécise, mais pas d'une erreur manifeste.

Le recourant critique ensuite le fait que le Dr R.\_\_\_\_\_ a mentionné dans la partie appréciation de son rapport du 2 février 2011 qu'il souffrait d'une atteinte radiculaire S1 gauche et qu'il avait été opéré en relation avec cette atteinte le 14 janvier 2011. Il estime que ce fait est sans pertinence pour l'appréciation des limitations fonctionnelles tenant à l'épaule gauche. Contrairement à ce que le recourant prétend, le Dr R.\_\_\_\_\_ pouvait mentionner cette atteinte pour exclure tout lien de causalité avec l'accident, ce qu'il a fait explicitement en retenant que cette atteinte ne relevait pas de la CNA.

Le recourant soutient encore que le rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ comporte une contradiction dans la mesure où il pose les mêmes limitations fonctionnelles pour les membres supérieurs gauche et droit alors qu'il présente une atteinte à l'épaule gauche. Il est vrai que la formulation « une exigibilité dans une activité ne nécessitant pas l'utilisation des membres supérieurs au-dessus du niveau des épaules » laisse entendre que la limitation fonctionnelle s'applique indistinctement pour les deux épaules, alors même qu'aucune atteinte à l'épaule droite n'avait été diagnostiquée en relation avec l'accident du 4 juin 2009 et que le Dr R.\_\_\_\_\_ avait constaté que la mobilisation active de l'épaule droite s'élevait à 170°-0-55°, donc très proche de la normale. On peut toutefois comprendre l'extension de la limitation fonctionnelle aux deux membres supérieurs comme étant la conséquence d'une interaction entre les deux épaules: une activité professionnelle avec le bras droit au-dessus de l'épaule pourrait mobiliser aussi l'épaule gauche non active et entraîner des douleurs, ce qui justifierait que la limitation fonctionnelle s'applique

aux deux bras. L'absence de distinction faite par le Dr R.\_\_\_\_\_ entre les deux épaules n'est donc pas un motif suffisant pour mettre en question la force probante du rapport du 2 février 2011.

Le recourant conteste par ailleurs l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle par le Dr R.\_\_\_\_\_ au motif que ses conclusions sont en contradiction avec l'évaluation du Dr E.\_\_\_\_\_ datée du 28 juillet 2011. Dans ce rapport, le Dr E.\_\_\_\_\_ affirme qu'en tenant compte des limitations retenues par la CNA, il serait très difficile au recourant de trouver un travail à 100%, mais que cela serait peut-être envisageable pour un taux d'activité de 60 à 70%. Or, l'évaluation du Dr E.\_\_\_\_\_ porte non pas sur la capacité résiduelle de travail, mais sur la possibilité de trouver un travail effectif. D'autre part, le Dr E.\_\_\_\_\_ ne motive aucunement son appréciation. Une évaluation aussi sommaire ne permet donc pas de mettre en doute l'évaluation de la capacité de travail résiduelle par le Dr R.\_\_\_\_\_.

Le recourant conteste aussi la valeur probante de l'évaluation du Dr R.\_\_\_\_\_ datée du 30 novembre 2011 dans laquelle il a confirmé ses conclusions du 2 février 2011. Il fait valoir que le Dr R.\_\_\_\_\_ n'a pas mentionné le rapport du 15 juin 2011 du Dr B.\_\_\_\_\_ et sa proposition d'intervention, ce qui démontrerait qu'il n'a pas pris en compte l'ensemble des circonstances du cas avant de se déterminer. Or, le Dr R.\_\_\_\_\_ avait déjà pris position le 6 juillet 2011 sur la proposition du Dr B.\_\_\_\_\_ du 15 juin 2011, par un refus qui avait été communiqué le 12 juillet 2011 au Dr B.\_\_\_\_\_ et au recourant sans que celui-ci ne requière à nouveau une telle intervention chirurgicale dans son opposition du 29 juillet 2011. Le Dr R.\_\_\_\_\_ n'était donc pas tenu, dans son évaluation du 30 novembre 2011, de se prononcer à nouveau sur cette question.

Vu ce qui précède, la demande de mise en œuvre d'une expertise judiciaire doit être rejetée, l'évaluation du Dr R.\_\_\_\_\_ du 2 février 2011 ayant pleine valeur probante.

4. Le recourant conteste ensuite le revenu d'invalide fixé par la CNA sur la base des cinq descriptions de postes suivantes :

N° DPT	Profession	Localité	Salaire moyen	Salaire minimum	Salaire maximum
11554	Collaborateur de production	Ecublens VD	49'823	47'515	52'130
5905	Ouvrier sur métaux	Ecublens VD	50'336	47'736	52'936
3305	Aide-mécanicien	Renens VD	53'950	50'050	57'850
1383	Collaborateur de production	Bussigny-près-Lausanne	54'600	54'600	54'600
6534	Collaborateur de production	Rolle	54'600	52'000	57'200
moyenne			52'661	50'380	54'943

Il estime ne pas être en mesure d'exercer les emplois visés, car tous nécessitent l'utilisation des deux mains et certains une motricité fine. Il fait par ailleurs valoir qu'il est notoire qu'un handicap à l'épaule implique une certaine limitation de l'ensemble du membre supérieur.

**a)** Pour pouvoir déterminer la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4).

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

être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 4.1; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

**b)** Il ressort du rapport du Dr U.\_\_\_\_\_ du 26 mai 2011 que le recourant souffrait d'une neuropathie partielle du nerf cubital au coude gauche et qu'il avait des réflexes tendineux vifs des deux côtés. Un lien de causalité entre ces atteintes et l'accident du 4 juin 2009 n'a été affirmé ni par le Dr U.\_\_\_\_\_ ni par les autres praticiens ayant examiné le recourant. Dans la mesure où le Dr U.\_\_\_\_\_ relevait que l'intéressé l'avait consulté en 2000 pour des symptômes tout à fait comparables du côté droit, on peut admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que cette atteinte est dépourvue de lien de causalité avec l'accident du 4 juin 2009. Il n'y a donc pas lieu de prendre en compte une telle atteinte dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. En revanche, cette atteinte peut contribuer à expliquer les douleurs ressenties par le recourant au bras gauche lors de la mobilisation.

**c)** Le Dr R.\_\_\_\_\_ n'a admis comme limitations fonctionnelles que le travail au-dessus de l'épaule et le port de charge de plus de 15 kg. Il n'a donc pas qualifié le recourant de mono-manuel. Une exclusion de

l'usage du bras gauche ne ressort pas non plus de l'évaluation du Dr X.\_\_\_\_\_ de la Clinique A.\_\_\_\_\_ qui relevait que le recourant se plaignait le 19 avril 2010 surtout d'une douleur mais que cela ne semblait pas trop le gêner, même si la mobilité s'en trouvait limitée. Certes, une évaluation professionnelle n'a pas pu être réalisée lors du séjour à la Clinique A.\_\_\_\_\_ en raison des douleurs lombaires, mais cela ne suffit pas pour mettre en doute l'évaluation de la capacité résiduelle de travail par le Dr R.\_\_\_\_\_. On peut par ailleurs déduire du fait que le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, ait déclaré le 28 juillet 2011 qu'il était peut-être envisageable que ce dernier puisse reprendre un travail à un taux d'activité de 60 à 70% (en tenant compte des limitations retenues par la CNA) qu'il ne contestait pas le bien-fondé de ces limitations fonctionnelles. Vu que la neuropathie partielle du nerf cubital gauche ne doit pas être prise en considération pour fixer les limitations fonctionnelles, la recommandation du Dr U.\_\_\_\_\_ du 26 mai 2011 d'éviter le travail à l'établi n'est pas déterminante. Il n'y a donc pas lieu de remettre en question l'appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_ selon laquelle les atteintes en lien de causalité avec l'accident du 4 juin 2009 habilent le recourant à travailler aussi avec le bras gauche en-dessous du niveau de l'épaule, donc à hauteur d'établi. Les DPT retenues dans la décision attaquée respectent ces limitations fonctionnelles. Il s'y ajoute que le recourant est droitier, de sorte que la motricité fine requise par certaines DPT peut être sollicitée par l'usage du bras non atteint par l'accident du 4 juin 2009. Les griefs avancés par le recourant contre ces DPT s'avèrent ainsi infondés.

**d)** Le Dr R.\_\_\_\_\_ a reconnu au recourant une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Le recourant conteste cette appréciation sur la base de l'évaluation du Dr E.\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2011. Or, en déclarant qu'il serait très difficile au recourant de trouver un travail à 100% mais que cela serait peut-être envisageable pour un taux d'activité de 60 à 70%, le Dr E.\_\_\_\_\_ n'a pas exclu l'aptitude du recourant à exercer une activité à 100% conforme aux limitations fonctionnelles. La difficulté de trouver un tel emploi sur le marché du travail n'est pas un facteur déterminant. On ne peut pas

déduire de l'évaluation sommaire du Dr E. \_\_\_\_\_ qu'une activité à plein temps correspondant aux DPT supposerait de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il serait exclu de trouver un emploi correspondant. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter du taux d'activité reconnu par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans une activité conforme aux limitations fonctionnelles.

**e)** Vu ce qui précède, c'est à raison que l'intimée a calculé le revenu d'invalidé sur la base des cinq DPT susmentionnées. Le revenu d'invalidé fixé dans la décision attaquée à 4'388 fr. par mois sur la base des cinq DPT s'avérant correct, le taux d'invalidité de 14% est dès lors confirmé.

**5.** Le recourant demande l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'au moins 10%. La décision entreprise a rejeté cette demande en se fondant sur l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_ du 30 novembre 2011 selon lequel les tables de la CNA ne prévoyaient pas d'indemnité pour un cas comme celui de l'assuré, soit en présence d'une simple lésion partielle du tendon.

**a)** Selon 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. L'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 (art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation 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, 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 p. 230 et les références). 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 (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2<sup>ème</sup> éd., 2007, n° 229). 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 p. 230; 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b p. 221; TF 8C\_812/2010 du 2 mai 2011 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 (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in: SVR 2009 UV n° 27 p. 97; voir également Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). 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 (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, op. cit., n° 235).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b p. 32, 209 consid. 4a/bb p. 210; 113 V 218 consid. 2a p. 219) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles 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 p. 211; 116 V 156 consid. 3a p. 157; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

**b)** L'annexe 3 de l'OLAA prévoit une IPAI de 50% pour la perte d'un membre supérieur. La table 1.2 (révision 2000) de la CNA étend ce taux de 50% à la perte fonctionnelle d'un membre supérieur. Cette même table 1.2 prévoit un taux de 10% pour la diminution de la mobilité de l'épaule jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale.

En l'espèce, le Dr R. \_\_\_\_\_ avait constaté lors de l'examen du 2 février 2011 qu'en mobilisation active, l'épaule gauche marquait une flexion-extension à 120°-0-30°; l'abduction active gauche était limitée à 100° alors qu'elle est à 130° à droite; en mobilisation passive, on dépassait à peine les amplitudes observées en mobilisation active, mais on notait surtout une forte résistance de l'assuré qui inclinait en même temps la tête à gauche. Ces constatations s'apparentent à celles du Dr

X.\_\_\_\_\_ de la Clinique A.\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'élévation était possible en actif à 110°, en passif à 140°, tandis que l'adduction était limitée à 100°.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ a motivé le refus d'une IPAI par le fait que la rupture du sus-épineux gauche n'était que partielle, alors que les tables de la CNA ne prévoyaient pas d'indemnité en pareil cas. Or, il est admis qu'une rupture partielle d'un tendon soit traitée comme une lésion corporelle assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, au même titre qu'une rupture complète (TFA U 209/01 du 2 septembre 2003 consid. 2.3). Le caractère partiel ou total de la rupture du tendon ne s'avère donc pas en soi déterminant pour l'octroi d'une IPAI. Le critère doit être celui de l'effet de la lésion, la question étant de savoir si la rupture (partielle) a généré une atteinte importante et durable à l'intégrité corporelle de l'assuré. Or, dans son rapport du 2 février 2011, le Dr R.\_\_\_\_\_ n'a pas fourni d'autre motivation au refus d'une IPAI que celle d'affirmer que la lésion partielle et la tendinopathie du sus-épineux n'ouvrait pas le droit à une IPAI. Quant à la décision attaquée, elle s'est bornée à reprendre l'argumentation du Dr R.\_\_\_\_\_ du 30 novembre 2011. Le refus d'une IPAI reposant donc sur une motivation erronée, la décision entreprise s'avère mal fondée sur ce point.

**c)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le

tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 169 consid. 2).

Au vu des circonstances du cas d'espèce, soit d'un refus de principe injustifié d'entrer en matière sur la requête d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y a lieu de renvoyer le dossier à la CNA pour que celle-ci en complète l'instruction avant de rendre une nouvelle décision. Le dossier constitué ne permet en effet pas de déterminer si et dans quelle mesure l'octroi de l'indemnité requise se justifie dans le cas d'espèce.

**6. a)** Vu ce qui précède, la décision attaquée doit être annulée en ce qui concerne le refus d'une IPAI et confirmée pour le surplus. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Le recourant, qui n'obtient que partiellement gain de cause, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige ainsi que de l'admission partielle du recours (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

**b)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Nicolas Mattenberger à compter du 8 juin 2012 (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état d'un temps consacré à la défense du recourant de 17 heures et 48 minutes, dont trois heures et huit minutes au tarif de l'avocat-stagiaire, et des débours de 210 fr. 60. Après examen, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté. Le tarif horaire applicable est de 180 fr. pour Me Mattenberger et 110 fr. pour son avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]). Ainsi, Me Mattenberger a droit à un montant de 3'195 fr. 26, arrondi à 3200 fr., TVA (8%) comprise (2'944 fr. + 256 fr.).

Il sera encore précisé que le montant des dépens devra être imputé sur l'indemnité du conseil d'office, versée au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 27 décembre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée en ce qui concerne le refus d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et la cause renvoyée à cette autorité pour nouvelle décision sur ce point. La décision sur opposition du 27 décembre 2011 est confirmée pour le surplus.
  
- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera au recourant la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens réduits.
- V.** Une indemnité d'office de 3'200 fr. (trois mille deux cents francs), TVA comprise, est allouée à Me Nicolas Mattenberger, conseil du recourant, au titre de l'assistance judiciaire.
- VI.** 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 mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Nicolas Mattenberger, avocat (pour C. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (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).

Le greffier :