

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2016

---

Composition :     Mme    PASCHE, présidente  
                          M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, juges assesseurs  
Greffière         :     Mme    Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Amandine Torrent, avocate  
à Lausanne,

et

**C.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 6, 16, 18 et 24 LAA**

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

**A.** Z.\_\_\_\_\_, né en 1963, droitier, a travaillé depuis le mois de novembre 1996 en qualité de machiniste pour le compte d' [...] à plein temps. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Le 13 septembre 2010, l'assuré a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre du 23 septembre 2010, il a chuté de son scooter à cause d'un autre scootériste qui lui a coupé la priorité. Il a été hospitalisé du 13 au 18 septembre 2010 auprès [...] à [...]. L'incapacité de travail de l'assuré a été totale dès la date de l'accident. La CNA a pris le cas en charge.

Dans un avis de sortie du 17 septembre 2010, la Dresse [...], médecin-assistante, a posé les diagnostics de « luxation acromio-claviculaire st. III gauche, de fractures des côtes 4-6-7-8 gauches et d'hématome sur le flanc gauche ». L'assuré a reçu un gilet orthopédique à porter durant quatre semaines ainsi qu'un traitement de physiothérapie respiratoire et des antalgiques.

Selon le rapport de police du 18 septembre 2010 établi à la suite de l'accident, les circonstances de celui-ci ont été résumées comme suit :

« Incorporé dans une file de véhicules, M. [...], scootériste, circulait sur l'avenue [...], en direction [...], à une vitesse de 25-30 km/h.

Arrivé à la hauteur du chemin d'accès au quartier de [...], il s'est mis en ordre de présélection au centre de la chaussée en vue d'obliquer à gauche pour s'engager sur le chemin précité. Auparavant, il a enclenché son clignoteur gauche et s'est arrêté pour laisser passer des véhicules survenant en sens inverse, dont le véhicule conduit par M. [...]

Ce dernier, voyant que les véhicules qui le précédaient s'arrêtaient pour les besoins de la circulation, a immobilisé son véhicule à la hauteur du débouché du chemin précité et a fait signe au scootériste [...] de passer devant lui. Ce dernier démarra normalement.

Alors que la roue avant de son deux-roues se trouvait sur la bande cyclable de la voie opposée, il fut surpris par la survenance, sur sa droite, du motocycliste Z.\_\_\_\_\_, motocycliste qui circulait sur la bande cyclable, en direction de la rue [...], à une vitesse approximative de 30 km/h. La roue avant de l'engin de M. Z.\_\_\_\_\_ heurta le flanc droit du motocycle [...].

Suite au choc, M. [...] a été déséquilibré mais n'est pas tombé tandis que le conducteur Z.\_\_\_\_\_ a chuté avec son engin sur la chaussée.

Blessé, M. Z.\_\_\_\_\_ a été transporté aux [...] de notre cité en ambulance.

Pour sa part, M. [...], a indiqué qu'il souffrait de douleurs au genou et à la main, côté droit. Il n'a toutefois pas souhaité se rendre à l'hôpital ».

Quant aux déclarations de l'assuré, entendu par la police le 14 septembre 2010, elles ont été relevées comme suit :

« Au terme de mon travail, venant de la zone industrielle [...], je circulais au guidon de mon scooter [...], sur l'avenue [...], en direction [...], afin de gagner mon domicile, sis à [...]. Pour ce faire, j'ai comme à mon habitude, utilisé la bande cyclable balisée sur [...], afin de pouvoir circuler plus aisément et éviter les ralentissements provoqués par "la sortie du travail" de nombreuses personnes. Pour vous répondre, je roulais à une vitesse approximative de 30 km/h et je portais mon casque. Arrivé à la hauteur de la rue [...], j'ai continué ma route, sans ralentir ni freiner. Soudainement, j'ai aperçu un scooter noir qui se trouvait quelques centimètres devant moi. Ce véhicule était dirigé en direction de la rue de [...]. Il circulait à très faible allure et se trouvait au milieu de la bande cyclable. Pour vous répondre, je ne l'ai, à aucun moment, vu arriver car une automobile qui se trouvait à ma gauche me masquait la vue. J'ignore si le conducteur de cette voiture a fait signe au conducteur du scooter noir de passer. J'ignore également si une colonne de voitures immobilisées s'était formée. Il me semble que la circulation était fluide. Je me rappelle toutefois avoir tenté de freiner, en vain, et avoir percuté le scooter noir sur le côté droit. Pour vous répondre, j'ai une côte flottante et la clavicule gauche cassées, ainsi que plusieurs hématomes sur les tibias ».

Le 9 novembre 2010, l'assuré a subi une réduction ouverte et une ostéosynthèse de l'articulation acromio-claviculaire gauche, avec hospitalisation jusqu'au 12 novembre 2010.

Le 9 février 2011, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin

d'arrondissement de la CNA, a constaté une évolution post-opératoire difficile avec persistance, à trois mois, d'importantes douleurs associées à une importante restriction de la mobilité de l'épaule gauche.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 6 mars au 5 avril 2011. Dans un rapport du 21 mars 2011, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin à la CRR, a rapporté les éléments suivants :

« **Examen clinique**

Cicatrice antérieure calme. Pas d'asymétrie au niveau acromio-claviculaire : l'élévation est possible jusqu'à 90° en actif et 110 en passif. L'abduction est de l'ordre de 80°. Rotation interne diminuée. Le reste de l'examen est très difficile en raison des plaintes du malade mais il semble que le Jobe soit bien tenu et le Patte soit négatif. En mobilisant avec douceur, on parvient à franchir ces seuils douloureux. Personnellement, je ne pense vraiment pas que le patient présente une raideur de type capsulite.

**Imagerie**

Radiologiquement, status post-stabilisation acromio-claviculaire par un crochet. La clavicule est à niveau. Pas de signe, actuellement, de déminéralisation au niveau de la clavicule.

**Appréciation et discussion**

[...] M. Z. \_\_\_\_\_ présente un status post-entorse acromio-claviculaire avec d'importantes douleurs. Il est malaisé de faire la part des choses entre les douleurs réelles et l'état démonstratif du malade.

Quoi qu'il en soit, actuellement, il faut poursuivre la physiothérapie dans l'idée de récupérer les amplitudes en actif et en passif. Afin de dédouaner la coiffe des rotateurs, je vous suggérerais un ultrason de celle-ci. Selon mon expérience, il me semble opportun de proposer au patient une ablation du matériel à 9-12 mois ».

L'assuré a subi le 15 juin 2011 une ablation d'une plaque à crochet claviculaire gauche.

Lors d'un entretien à son domicile le 6 septembre 2011 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré déclarait toujours souffrir de l'épaule gauche, et n'avoir constaté aucune amélioration malgré l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 15 juin 2011. Il poursuivait son traitement de physiothérapie à raison de trois fois par semaine (à sec et en piscine).

Le 17 janvier 2012, l'assuré a été convoqué à nouveau pour un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport daté du même jour, le Dr S. \_\_\_\_\_ a rapporté les éléments suivant :

« [...] **Subjectivement**, le patient présente toujours des douleurs de son épaule G. L'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] n'a permis aucune amélioration et il estime que la situation est superposable à sa sortie de la CRR. Selon lui, ce séjour n'a eu aucun effet bénéfique. Actuellement, il se plaint de douleurs permanentes de son épaule, s'exacerbant avec l'effort. Il décrit un caractère insomniant fréquent. Il se plaint de douleurs costales ainsi que dans la région de la crête iliaque G.

**Objectivement**, au niveau de l'épaule G, nous notons un déficit de la mobilité important avec une élévation et une abduction limitées tant en actif qu'en passif à respectivement 90° et 110°. La rotation externe est dans la norme à 80° et la rotation interne combinée est légèrement diminuée avec un différentiel de deux vertèbres. Morphologiquement, l'articulation acromio-claviculaire est relativement bien construite avec toutefois persistance d'un défaut d'alignement de l'extrémité de la clavicule, sans instabilité à ce niveau. De plus, la cicatrice antérieure est parfaitement calme.

En ce qui concerne la région thoracique, nous ne notons aucune voussure ou tuméfaction nous permettant d'expliquer les douleurs décrites à pratiquement toutes les côtes du gril costal G. De plus, l'augmentation pulmonaire est parfaitement symétrique.

En ce qui concerne les douleurs lombaires, l'examen clinique met en évidence une douleur relativement circonscrite de la musculature para-vertébrale lombaire D à son insertion près de l'articulation sacro-iliaque, dans un contexte de minime trouble statique sous forme d'une scoliose à convexité lombaire G. A noter, une DDS à 0cm et un redressement aisé.

A hauteur du flanc G, nous notons la présence d'une tuméfaction des parties molles d'environ 6x6cm, sans répercussion cutanée sous forme d'érythème ou de gradient thermique. Cette région correspond anamnestiquement au siège d'un hématome apparu dès les premiers jours après le traumatisme.

Du point de vue psychologique, le patient a montré des signes d'agressivité envers les médecins qui le prennent en charge aux [...] ainsi qu'à l'égard de sa situation. De plus, tant l'anamnèse que l'examen clinique sont émaillés de démonstrations quelque peu théâtrales, disparaissant selon la conversation lors de recherche de zones douloureuses à la palpation.

Du point de vue **médical**, quelles que soient les démonstrations d'aggravation montrées par le patient, il n'en reste pas moins que nous n'avons pas d'argument satisfaisant nous permettant d'expliquer l'atteinte fonctionnelle de l'épaule G. Afin d'éclaircir ce point, nous serions reconnaissants au Dr L. \_\_\_\_\_, qui nous lit en copie, de bien vouloir convoquer l'assuré à sa plus proche convenance afin de nous donner son avis.

Du point de vue asséculoologique, il y a lieu de reconnaître des limitations fonctionnelles uniquement au niveau de l'épaule G que sont le port de charge limité à 10kg, toute mobilisation répétitive du bras G en rotation, tout travail répétitif au-dessus de 70° tant en élévation qu'en abduction. En tenant compte de ces limitations, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée ».

Le 7 mars 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie, a réalisé une infiltration acromio-claviculaire sous contrôle scopique ainsi qu'une IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule le jour suivant.

Il ressort du rapport médical qu'il a établi le 16 avril 2012 les éléments suivants :

**« Diagnostics - Antécédents - Interventions**

Douleurs acromio-claviculaire G et lésion partielle du tendon sus-épineux de l'épaule G.

- s/p. entorse acromio-claviculaire G de grade III traitée par plaque à crochets le 09.11.2010 avec ablation de la plaque le 15.06.2011.

**Anamnèse**

L'évolution après une infiltration acromio-claviculaire, faite sous contrôle scopique, est marquée par une baisse des douleurs d'environ 50% mais pour une durée limitée à une semaine. Les douleurs sont actuellement présentes à la mobilisation mais également au repos et sont accompagnées d'une impotence fonctionnelle de l'épaule. Il vient ce jour pour les résultats d'une arthro-IRM de l'épaule G dans le cadre du bilan lésionnel.

**Status**

Epaule G : mobilisation active avec une flexion à 90°, abduction 80°, RI sacrum, RE 20°, mobilisation passive symétrique. Clavicule stable dans le plan antéro-postérieur, sans touche de piano. Test de Jobe négatif mais douloureux. Force symétrique en RE. Belly-press test négatif. Douleurs acromio-claviculaires avec un body-cross test positif. Clavicule stable dans le plan antéro-postérieur sans touche de piano.

**Examens complémentaires**

**RX clavicule G :**

Rapport anatomique préservé. Clavicule bien centrée au niveau de l'acromion. Calcification et remaniement osseux au niveau acromio-claviculaire.

**Arthro-IRM épaule G :**

Œdème au niveau acromio-claviculaire. Lésion partielle du tendon sus-épineux dans sa partie antérieure. Tendon infra-épineux et sous-scapulaire intacts mais hétérogène. Pas d'atrophie musculaire.

**Problème et attitude**

Le patient présente des douleurs de type inflammatoire de l'épaule gauche d'origine mixte. Une partie des douleurs est liée à l'articulation acromio-claviculaire avec une clavicule stable. L'infiltration acromio-claviculaire ayant amené une amélioration de la situation avec baisse de 50% des douleurs mais de manière limitée dans le temps, une prise en charge arthroscopique serait envisageable à ce niveau par résection de la clavicule distale. Le patient présente également une lésion partielle du tendon sus-épineux G, qui pourrait être traité dans le même temps opératoire, selon l'importance de la déchirure.

Pour ce qui est du pronostic du patient, il existe un risque non négligeable que le patient garde des douleurs de cette épaule dans le cadre d'une activité professionnelle lourde. Le patient n'arrivant plus à effectuer ses activités quotidiennes de la vie courante, et présentant des douleurs insomniantes, je lui propose une prise en charge arthroscopique sous réserve de votre accord. Le patient reste à 100% d'arrêt de travail et poursuit les séances de physiothérapie ».

Le 26 avril 2012, le médecin d'arrondissement de la CNA a donné son accord à la proposition thérapeutique du Dr L. \_\_\_\_\_ consistant dans une prise en charge arthroscopique de l'assuré.

Dans son rapport médical intermédiaire du 29 juin 2012, le Dr [...], spécialiste en médecine générale et médecin-traitant de l'assuré, a décrit une mobilité de l'épaule gauche très limitée, douloureuse avec défaut d'alignement de l'extrémité de la clavicule, des troubles du sommeil, et un état d'anxiété et de nervosité depuis l'accident du 13 septembre 2010, justifiant la prescription de Fluoxetine et d'anxiolytiques. La CNA a refusé la prise en charge de ce traitement.

L'assuré a subi le 15 août 2012 une arthroscopie de l'épaule gauche avec résection de la clavicule distale et acromioplastie. Dans son rapport du 22 août 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_ a fait état de la situation suivante : « au status, cartilage intact. Labrum circonférentiel intact. Long chef du biceps intact sans lésion SLAP. Ligaments gléno-huméraux intacts. Coiffe des rotateurs intacts ». Au niveau sous-acromial, il a mis en évidence un acromion crochu avec des calcifications dans le ligament coraco-acromial, relevant par ailleurs que la coiffe des rotateurs était intact également à sa face dorsale.

Le Dr L. \_\_\_\_\_ a revu l'assuré en consultation le 8 avril 2013. Ce spécialiste a constaté une évolution défavorable avec d'importantes douleurs de type inflammatoire de l'épaule gauche accompagnées d'un déficit fonctionnel. Il a estimé que le pronostic de récupération était réservé, préconisant une prise en charge intensive à la CRR.

L'assuré a séjourné à la CRR du 28 mai au 25 juin 2013. Dans leur rapport du 25 juin 2013, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et la Dresse [...], médecin-assistant à la CRR, ont posé les diagnostics de « thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et limitation fonctionnelle de l'épaule gauche ». Ils ont fait l'appréciation suivante du cas :

« À l'entrée les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : douleurs claviculaires et acromio-claviculaires gauches, permanentes de 4-8/10, exacerbées à la mobilité et au port de charges, associées à une limitation de mobilité et de force du membre supérieur gauche. Il se plaint aussi de fourmillements au niveau de D3, D4 et D5 de la main gauche sur la face palmaire. Il décrit son moral comme très bas, et ne pas réussir à dormir la nuit en raison des douleurs et que seul le tramal soulage en partie ses douleurs.

**L'examen clinique** est décrit ci-dessus.

**Les examens radiologiques montrent :**

**RX épaule et articulation acromio-claviculaire gauche du 03.06.2013** : sp, hormis la position de la clavicule un peu en arrière de l'acromion.

**IRM épaule gauche du 14.06.2013** : présence d'une bursite sous-acromiale sans autre lésion mise en évidence, en particulier le site opératoire est calme et la coiffe est normale.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : **bursite sous-acromiale.**

Sur le plan psychiatrique : persistance d'un **trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive**, pour lequel un traitement de Remeron au coucher a été introduit, débutant par un dosage de 15 mg, qui a été par la suite augmenté à 30 mg et que nous proposons de poursuivre. (Cf. rapport de psychiatrie).

Sur le plan neurologique : aucun.

Autre : par ailleurs le bilan hématologique montre une fonction rénale conservée.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). L'intensité des douleurs est difficilement explicable par les données radiologiques qui sont plutôt rassurantes.

**Des facteurs contextuels** influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient sont présents : patient très focalisé sur la douleur avec un comportement douloureux très marqué et un certain degré de catastrophisme, manque de capacité de motivation avec peu d'initiative et retrait social, absence de formation qualifiante, mauvaise maîtrise du français, litige en cours concernant l'accident dont le patient a été victime, et trouble de l'adaptation.

Ces mêmes facteurs contextuels, associés à un déconditionnement professionnel qui remonte à 2010, influencent défavorablement le retour au travail.

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

- physiothérapie
- ateliers professionnels

Le traitement antalgique de Dafalgan 1 g 3 x/jour associé à du Tramal Retard 100 mg 2 x/jour était présent déjà à l'entrée. Durant l'hospitalisation nous avons augmenté le Tramal retard du soir à 150 mg, afin d'améliorer la couverture antalgique durant la nuit. **Une infiltration sous-acromiale** gauche par Kénacort 40 mg et Rapidocaïne 2 % a été réalisée le 20.06.2013, avec un effet peu significatif. Il n'y a pas d'indication à la renouveler.

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

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée, sous réserve des auto-limitations liées à la douleur, ne permettant pas de mettre en place un programme thérapeutique qui ait du sens.

Des incohérences ont été relevées : importance des plaintes douloureuses et limitations fonctionnelles vs peu d'anomalies à l'IRM, force au Jamar de 8 kg à la main gauche difficile à expliquer pour un problème d'épaule, PILE test 0 kg.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : travail prolongé et répétitif au-dessus de l'horizontale, travail prolongé tenant le membre supérieur gauche en porte-à-faux, le travail de force et le port de charges lourdes.

La situation est stabilisée du point de vue médical à une année d'une résection de la clavicule distale et acromioplastie gauche. Néanmoins, comme la douleur est prédominante et que ce patient paraît authentique, une prise en charge dans le service d'antalgie de l'hôpital [...] pourrait être proposée et laissée à l'appréciation du médecin traitant.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie ambulatoire n'a pas été formulée.

D'après notre consultant spécialisé de l'épaule il est déconseillé toute nouvelle intervention, compte tenu du contexte.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident et facteurs non-médicaux).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est en principe favorable mais compte tenu des facteurs contextuels susmentionnés, chez un patient qui s'auto-évalue très handicapé, ce qui dépasse ce à quoi on peut s'attendre après le type d'intervention subie, on doit s'attendre à une reprise difficile. Néanmoins une CT totale est attendue dans une activité adaptée.

Annonce AI pendant le séjour : non (déjà fait).  
Un nouveau séjour à la CRR est proposé : non

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE  
MACHINISTE AU GOUDRONNAGE DES ROUTES  
- 100 % du 28.05.2013 au 19.08.2013 ».

Le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, a reçu l'assuré à sa consultation le 3 septembre 2013. A l'examen neurologique, il a noté l'absence de déficit sensitivomoteur mise à part une hypersensibilité péri cicatricielle sur l'épaule gauche. La musculature du membre supérieur gauche montrait une légère amyotrophie. Il a indiqué avoir commencé un traitement des champs perturbateurs dans le cadre d'une thérapie neurale, l'assuré ayant été informé du principe de l'antalgie interventionnelle.

Dans un rapport médical intermédiaire du 12 septembre 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_ a constaté une évolution stagnante avec persistance des douleurs de la ceinture scapulaire gauche insomniantes, craignant un dommage permanent. Il a relevé que le bilan IRM de l'épaule gauche effectué lors du séjour de l'assuré à la CRR n'avait pas montré de lésion structurelle.

Dans son rapport médical intermédiaire du 18 février 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a proposé d'arrêter la physiothérapie, ce traitement ne

faisant aucun effet, et de continuer uniquement avec le traitement antalgique à la demande.

L'assuré a été examiné le 30 juin 2014 par le médecin d'arrondissement. A cette occasion, l'intéressé a notamment déclaré qu'il n'avait noté aucune évolution depuis plus de deux ans, se plaignant toujours de douleurs très importantes à l'épaule gauche. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait l'appréciation suivante du cas :

« [...] Du point de vue médical, l'examen clinique de ce jour montre des douleurs essentiellement localisées à la zone de résection de la clavicule distale du côté G. Pour le reste, il s'agit à notre avis tant au niveau cervical que de la région scapulaire postérieure, de douleurs musculaires secondaires.

En tout état de cause, force est de constater que la mobilité de l'épaule G s'est notablement péjorée en comparaison à notre examen clinique de 2011. En effet, tant l'abduction que l'élévation ont passé d'environ 100° à 45° d'amplitude. De plus, du point de vue psychologique, tant les séjours à la CRR que nos examens cliniques ont montré des facteurs d'aggravation conduisant à un déconditionnement qui pourrait en partie expliquer l'évolution défavorable.

Afin de ne pas omettre d'éléments somatiques qui nous auraient échappé, nous serions reconnaissants au Prof. M.\_\_\_\_\_, qui nous lit en copie, de bien vouloir convoquer le patient à sa plus proche convenance et de nous donner son avis précieux, tant diagnostique que thérapeutique. Le patient est connu du CHUV ».

L'assuré a été examiné le 31 octobre 2014 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie du l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 5 novembre 2014 à la CNA, ce spécialiste a relevé ce qui suit :

« Monsieur Z.\_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux chronique post-traumatique de l'épaule gauche. Il n'y a pas de lésion significative de la coiffe des rotateurs. L'articulation acromioclaviculaire est stable et présente un status après résection de la clavicule distale sans repousse osseuse. Il n'y a pas non plus de lésions dégénératives gléno-humérales. L'épaule est par ailleurs souple avec une mobilité passive symétrique en position couchée. Sur le plan orthopédique et traumatologique, nous n'avons par conséquent pas mis en évidence de pathologie pouvant expliquer l'importance des douleurs actuelles et de la gêne fonctionnelle. Il est vraisemblable que le patient souffre d'une affection de type syndrome de forme douloureux. Nous n'avons pas retenu

d'indication à une révision chirurgicale. Il n'y a pas de contrôle prévu dans notre service ».

L'assuré a été convoqué pour l'examen médical final auprès du médecin d'arrondissement le 15 janvier 2015. Dans son rapport du 12 février 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_ a notamment relevé que l'assuré n'avait signalé aucun changement depuis le dernier contrôle en juin 2014 et que ses douleurs prenaient fréquemment un caractère insomniant. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a par ailleurs fait l'appréciation suivante du cas :

« Sur le plan médical, du point de vue strictement orthopédique, nous notons un examen pratiquement superposable à celui effectué en juin 2014. De plus, alors qu'aucune évidence clinique et radiologique n'est faite sur une éventuelle lésion de la coiffe des rotateurs, le patient montre une nette tendance à minimiser ses capacités de mobiliser son épaule G, ce que confirme la comparaison des amplitudes articulaires entre actif et passif, particulièrement à l'abduction.

Toutefois, force est de constater que le site opératoire et dans une moindre mesure la gouttière bicipitale, sont le site de douleurs réelles. Dans ce contexte, nous proposons à l'assuré de rediscuter avec le Dr L. \_\_\_\_\_ afin d'évaluer l'opportunité d'effectuer une infiltration du site opératoire.

Du point de vue assécurologique, des limitations fonctionnelles de l'épaule G sont à reconnaître à savoir, le port de charge supérieure à 2kg en abduction, toute activité en-dessus de l'horizontale, l'utilisation d'échelle ou d'échafaudage, tout mouvement répétitif en rotation du MSG ainsi qu'en traction ou répulsion.

En tenant compte de ces limitations, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée.

Pour notre part, nous estimons que les troubles psychiques nécessitant un traitement et un suivi par le Dr R. \_\_\_\_\_, psychiatre, ne sont pas en relation de causalité avec l'événement qui nous concerne.

S'agissant d'un traitement à long terme, nous proposons à l'administration la prise en charge d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs sur prescription médicale ainsi qu'une infiltration du site opératoire par le Dr L. \_\_\_\_\_, s'il confirme notre indication.

En l'absence de toute évolution depuis juin 2014, nous considérons la situation comme stabilisée. Celle-ci donne droit à une IPAI faisant l'objet d'une appréciation séparée ».

Par courrier du 17 février 2015 à la CNA, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a indiqué qu'aucun reclassement n'était prévu à l'heure actuelle.

A la requête de la CNA, l'employeur lui a fait savoir le 19 février 2015 que le salaire mensuel de l'assuré sans l'accident se serait élevé à 5'336 fr. en 2015, allocations familiales en sus.

Le 13 mai 2015, la CNA a listé soixante-six descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) correspondant selon elle aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Elle en a sélectionné cinq, à savoir :

<b>N° DPT</b>	<b>Profession</b>	<b>Désignation de la fonction</b>	<b>Salaire moyen</b>	<b>Salaire min.</b>	<b>Salaire mx.</b>
362411	Collaborateur de production	Sur machines automatiques	54900.00	50000.00	59800.00
5787	Collaborateur de production	Affûtage	55250.00	52000.00	58500.00
8464	Collaborateur de production	Montage	55250.00	48620.00	61880.00
655951	Collaborateur de production	Opérateur/tric en reprise CN	55870.00	48720.00	63020.00
11576	Collaborateur de production	Soudure Laser	60450.00	58500.00	62400.00
			56344.00	51568.00	61120.00

Cette sélection a mis en évidence un salaire annuel moyen de 56'344 francs.

Le 13 mai 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin aux indemnités journalières et au remboursement des frais de traitement le 30 juin 2015 au soir, mais continuerait à prendre en charge les contrôles médicaux nécessaires.

Par courrier du 27 mai 2015, Me Amandine Torrent, conseil de l'assuré, a requis de la CNA qu'elle attende le résultat de l'expertise

médicale mandatée par l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) avant de mettre un terme à ses prestations.

Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2015, la CNA a indiqué ne pas être en présence d'un « cas commun pur SUVA-AI », soulignant que les troubles psychiques de l'assuré qui faisaient l'objet de l'expertise médicale par l'OAI ne la concernaient pas.

Le 16 juin 2015, la CNA a notifié au conseil de l'assuré une décision portant sur la rente d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Cette décision a arrêté la diminution de la capacité de gain à 19% et le montant de la rente mensuelle d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015 à 1'014 fr. 70. La CNA s'est fondée sur une capacité de travail entière dans une activité « légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition que l'assuré ne doive pas mettre à contribution le bras gauche au-dessus de l'horizontale ». Selon les calculs effectués par la CNA, cette activité permettait à l'assuré de réaliser un salaire annuel de 56'344 fr., le gain annuel avant l'accident étant établi à 69'368 francs. En outre, la CNA a exclu toute prestation pour les troubles psychogènes influençant la capacité de travail. La décision a également accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 18'900 fr. correspondant à un taux de 15%.

Par courrier de son conseil du 15 juillet 2015, l'assuré a formé opposition à cette décision, en faisant pour l'essentiel valoir que ses troubles psychiques étaient en lien avec l'accident, que toutes ses limitations fonctionnelles n'avaient pas été prises en compte, et qu'il n'était pas en mesure de travailler.

Par décision du 21 juillet 2015, la CNA a rejeté l'opposition. En substance, elle a retenu que les troubles psychiques de l'assuré n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 13 septembre 2010, faute pour cet événement, qualifié de gravité moyenne, et ses suites, de remplir les critères développés par la jurisprudence. S'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, elle a estimé que

l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée tenant compte des limitations au niveau du membre supérieur gauche retenues par le Dr S.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 février 2015.

**B.** Par acte du 11 septembre 2015, Z.\_\_\_\_\_, toujours représenté par son conseil Me Amandine Torrent, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociale du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%, et subsidiairement à son annulation. Il a en outre requis que l'effet suspensif soit accordé au recours, et demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et/ou pluridisciplinaire. En substance, il fait valoir que ses affections psychiques sont en lien avec l'accident du 13 septembre 2010, se fondant sur l'avis du 5 novembre 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_ qui retient un syndrome douloureux de l'épaule post-traumatique, ainsi que sur l'avis médical du 14 août 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qu'il produit dans le cadre de son écriture. Selon ce spécialiste, le recourant souffre d'un état dépressif sévère, l'état psychique étant une séquelle de l'accident dont il a été victime. Les facteurs déclenchants sont les séquelles du handicap physique, des douleurs importantes et invalidantes ainsi que des troubles importants du sommeil et l'impossibilité de se projeter dans l'avenir, chez une personne qui n'a aucun antécédent de trouble psychiatrique dépressif.

Le recourant fait aussi valoir que l'intimée n'a pas instruit la question de savoir si les troubles psychogènes qu'il présente sont en relation de causalité naturelle avec l'accident, si bien qu'elle ne peut se prononcer sur la causalité adéquate. Il ajoute que le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a rendu le seul avis médical concernant les troubles psychogènes, n'est pas compétent pour se prononcer sous l'angle psychogène, son rapport étant en outre laconique. Sous l'angle de la causalité adéquate, le recourant estime que l'accident doit être qualifié de grave. Il est en outre d'avis que la décision de l'intimée est prématurée, l'OAI ayant requis une expertise médicale

psychiatrique, si bien que l'on ignore si son état au plan psychique est stabilisé. Il fait encore valoir qu'il ne peut pas exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie sans mettre à contribution son bras gauche et réaliser un salaire de 56'344 fr. par an, d'autant qu'il estime que l'intimée n'a pas tenu compte dans sa décision des limitations fonctionnelles listées par le Dr S.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 février 2015, ni tenu compte en tant que limitations fonctionnelles des douleurs à l'épaule gauche dont il souffre tant au repos qu'à la mobilisation, ainsi que de ses limitations psychogènes ; pour lui, il est totalement incapable de travailler à 100%, dans toute activité, sa capacité de travail étant nulle. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée n'a, selon lui, à tort, pas pris en considération ses affections psychiques dans son calcul, ce qui doit conduire à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%.

Dans sa réponse du 5 octobre 2015, l'intimée a proposé le rejet du recours.

La requête de restitution de l'effet suspensif a été rejetée par ordonnance du 14 octobre 2015.

Dans sa réplique du 4 décembre 2015, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a produit deux rapports des 9 et 25 septembre 2015 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, ainsi qu'un courrier du 16 novembre 2015 du Dr L.\_\_\_\_\_, dont il déduit que ses douleurs pourraient avoir pour origine une lésion du nerf supra-claviculaire latéral gauche, estimant dès lors que c'est à tort que l'intimée a écarté ses douleurs en les taxant de « psychogènes ». Selon lui, des investigations complémentaires auraient dû être menées. Il soutient ensuite que c'est à tort également que la CNA a appliqué la jurisprudence relative à la causalité adéquate en cas de troubles psychiques s'agissant de ses douleurs persistantes au membre supérieur gauche, dès lors que, si le diagnostic posé par le Dr N.\_\_\_\_\_ était confirmé, on ne se trouverait plus dans l'hypothèse de douleurs de nature psychogène. Il répète enfin que l'accident doit être qualifié de grave, compte tenu en particulier de

son caractère impressionnant. Il ajoute que même si l'accident était de gravité moyenne, le lien de causalité adéquate devrait être admis, dans la mesure où son traitement a été particulièrement long, ses douleurs persistantes, et son incapacité de travail due aux lésions physiques importante. Il estime encore que les DPT retenues ne peuvent l'être vu qu'elles ne tiennent pas compte de la lésion du nerf supra-claviculaire gauche ni des affections psychogènes. Il relève encore que des mesures de réadaptation pourraient devoir être mises en œuvre après traitement du nerf et l'OAI interpellé sur ce point. A ses yeux, le taux d'incapacité de travail et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doivent faire l'objet d'un nouvel examen à la lumière des nouveaux éléments qu'il apporte. Il a produit un avis médical du 25 septembre 2015 établi par le Dr N.\_\_\_\_\_, selon lequel il présente un status neurologique pathologique avec une lésion touchant le nerf supra-claviculaire latéral gauche dans tout le territoire cutané inclus. Le Dr N.\_\_\_\_\_ met en évidence un gradient thermique dans le territoire central où se trouve l'origine de la lésion. Il suspecte la pose d'une ligature autour du nerf concerné par le chirurgien lors de la première intervention. Il recommande une révision microchirurgicale avec le but de suivre le trajet du nerf supra-claviculaire latéral. Selon lui, il s'agit d'une complication relativement fréquente avec le type d'incision que le recourant a subi. Le recourant produit également un courrier du 16 novembre 2015 à la Dresse G.\_\_\_\_\_ dans lequel le DrL.\_\_\_\_\_ lui confie le soin de déterminer s'il pourrait bénéficier d'une neurolyse du nerf supra-claviculaire latéral gauche.

Le 10 février 2016, l'intimée a proposé une nouvelle fois le rejet du recours. Elle a joint à son envoi le courrier du 16 novembre 2015 du Dr L.\_\_\_\_\_ précité, ainsi qu'un rapport de la Dresse G.\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2015 qui évoque une vraisemblable neuropathie cicatricielle sur le trajet du nerf supra-claviculaire latéral gauche. Elle confirme l'indication pour une exploration micro-chirurgicale et une exérèse éventuelle de la zone névromateuse. Au vu de ces nouveaux documents médicaux et de la nouvelle intervention chirurgicale proposée, l'intimée a soumis le dossier médical du recourant à l'appréciation du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 7 janvier 2016, que l'intimée produit, ce spécialiste constate qu'aucun trouble sensitif au

niveau de l'épaule gauche n'a été signalé par le recourant lors de ses nombreux examens médicaux, relevant par ailleurs que les douleurs suite à la première opération n'ont pas été caractérisées comme brûlantes ou neuropathiques, contrairement à ce que soutient le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 septembre 2015. Il retient qu'hormis le Dr N. \_\_\_\_\_, seul le Dr P. \_\_\_\_\_ a identifié une hypersensibilité péricatricielle sur l'épaule gauche, ce résultat contrastant avec celui des autres médecins qui décrivait une cicatrice calme, sans douleurs à l'effleurement, et sans hypo-/hyperesthésie. Pour lui, il n'y a pas de notion d'une lésion nerveuse causée par une des interventions subies par le recourant, le Dr I. \_\_\_\_\_ estimant dès lors que la révision microchirurgicale suggérée par le Dr N. \_\_\_\_\_ n'est pas indiquée.

Dans ses déterminations du 2 mars 2016, le recourant a contesté la prise de position du Dr I. \_\_\_\_\_, en se fondant sur celle, qu'il produit, du Dr N. \_\_\_\_\_ du 19 février 2016. Il est d'avis qu'une expertise doit être diligentée, vu les divergences de position entre les Drs L. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, et l'intimée. En substance, le Dr N. \_\_\_\_\_ reproche au Dr I. \_\_\_\_\_ d'avoir établi son rapport sur la base du dossier médical du recourant uniquement, de s'être fié au « pseudo diagnostic » posé par le Dr M. \_\_\_\_\_ et d'avoir écarté sa propre analyse ainsi que celle effectuée par la DresseG. \_\_\_\_\_. Il indique avoir convoqué le recourant pour un nouvel examen et une thermographie, laquelle a mis en évidence une hypoesthésie au froid, au chaud et aux piqués. La sensibilité tactile était normale, le résultat de l'examen étant superposable à celui de septembre 2015. Selon le Dr N. \_\_\_\_\_, ce résultat démontre une atteinte des fibres C et A-delta. Il a souligné que, selon sa propre banque de données, les sections du nerf supra-claviculaire étaient souvent méconnues par les orthopédistes qui ignoraient aussi que ce type de complication pouvait être évité en utilisant un bistouri électrique plutôt qu'un bistouri classique, ajoutant que chez les patients présentant ce type de pathologie, le traitement adéquat consistait en une révision microchirurgicale cicatricielle. Il a proposé que le recourant soit convoqué par le Dr I. \_\_\_\_\_ pour un examen neurologique.

Le 5 avril 2016, l'intimée a conclu à nouveau au rejet du recours. Elle a produit un avis du 24 mars 2016 du Dr I.\_\_\_\_\_, selon lequel les examens réalisés par le Dr N.\_\_\_\_\_ n'étaient pas de nature à modifier son appréciation. L'intimée a rappelé qu'une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier avait valeur probante lorsque le dossier contenait suffisamment d'appréciations médicales qui se fondaient sur un examen personnel de l'assuré, ce qui était le cas en l'espèce selon elle.

Le 27 avril 2016, le recourant a contesté la prise de position du Dr I.\_\_\_\_\_, qui constituait selon lui un avis isolé, alors que celui du Dr N.\_\_\_\_\_ était confirmé par la Dresse G.\_\_\_\_\_ et le Dr L.\_\_\_\_\_. Il fait également grief au Dr I.\_\_\_\_\_ de ne pas l'avoir convoqué pour un examen médical, contrairement au Dr N.\_\_\_\_\_. Il estime que le rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ est incomplet, réitérant sa requête d'expertise. Il produit un avis du 6 avril 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_, lequel explique que les douleurs apparues après l'accident du 13 septembre 2010 ont totalement disparu après la première intervention chirurgicale mais ont été remplacées par des douleurs de caractère neuropathique. Celles-ci consistaient probablement en une complication à une intervention pratiquée sur le recourant. Le Dr N.\_\_\_\_\_ indique enfin avoir transmis une photo intra opératoire d'un patient avec un parcours similaire à celui du recourant et dont l'opération, qui lui a permis de s'affranchir de toute douleur sous six semaines, a été prise en charge par la CNA.

Le 14 mai 2016, l'intimée a indiqué que dans la mesure où le recourant n'alléguait aucun élément nouveau, elle renonçait à se déterminer et concluait à nouveau au rejet du recours.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations

expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu notamment des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) auprès du Tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si l'état du recourant est stabilisé, ce dernier plaidant que la décision attaquée est intervenue

prématurément et, dans l'affirmative, sur le calcul du taux d'invalidité et l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité découlant de la décision sur opposition rendue par l'intimée le 21 juillet 2015.

**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.

Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

**b)** Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, d'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA 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, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, 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 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience,

le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

**5.** Dans un premier grief, le recourant fait valoir une instruction lacunaire ainsi qu'une décision de l'intimée prématurée, estimant que la lésion du nerf supra-claviculaire gauche alléguée et son incidence sur la capacité de travail n'ont pas été examinées.

Or, l'état de santé du recourant était stabilisé au moment où l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, le 30 juin 2015. En effet, à cette date, le recourant avait subi les interventions chirurgicales commandées par sa situation médicale, soit le 9 novembre 2010 une réduction ouverte et une ostéosynthèse de l'articulation acromio-claviculaire gauche, puis une ablation d'une plaque à crochet claviculaire gauche le 15 juin 2011. Vu la persistance des douleurs, le Dr L. \_\_\_\_\_ a réalisé une infiltration acromio-claviculaire le 7 mars 2012 puis, le 15 août 2012, une arthroscopie de l'épaule gauche avec résection de la clavicule distale et acromioplastie. Aussi, à l'issue de la consultation des 6 février et 12 septembre 2013, le Dr L. \_\_\_\_\_ retenait une situation stagnante et proposait de limiter le traitement à la prise d'antalgique à la demande (rapport médical intermédiaire du 18 février 2014). Le recourant s'est par ailleurs rendu à deux reprises à la CRR entre 2011 et 2013. Lors de son dernier séjour, les médecins de la CRR observaient que son état de santé était stabilisé du point de vue médical à une année d'une résection de la clavicule distale et acromioplastie gauche. Ils l'ont orienté vers une prise en charge dans un service d'antalgie, déconseillant toute nouvelle intervention (rapport médical du 25 juin 2013). Quant au médecin d'arrondissement, il a d'abord requis l'avis du M. \_\_\_\_\_ avant de confirmer l'état stationnaire du recourant, lors de son examen final du 15 janvier 2015. S'agissant de la capacité de travail, le Dr S. \_\_\_\_\_ a estimé qu'en tenant compte des limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule (port de charge supérieure à 2kg en abduction, toute activité en-dessus de l'horizontale, utilisation d'échelle ou d'échafaudage, tout mouvement répétitif en rotation du

membre supérieur gauche ainsi qu'en traction ou répulsion), l'exigibilité était complète dans une activité adaptée.

S'agissant de la lésion du nerf supra-claviculaire gauche, évoquée la première fois au stade du recours, elle n'a d'abord été envisagée que comme une « hypothèse » aux douleurs par le Dr N.\_\_\_\_\_. Ce médecin est au demeurant le seul à faire état de ce diagnostic. S'agissant en particulier du Dr L.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 16 novembre 2015 à la Dresse G.\_\_\_\_\_, il s'est contenté de reprendre l'hypothèse évoquée par le Dr N.\_\_\_\_\_, rappelant que ce dernier avait mis en évidence un gradient thermique dans le territoire du nerf supra-claviculaire latéral gauche qui « pourrait » être en lien avec une neuropathie. C'est au demeurant sur conseil du Dr N.\_\_\_\_\_ que le Dr L.\_\_\_\_\_ a adressé son patient à la Dresse G.\_\_\_\_\_. Cette dernière, dans son rapport du 22 décembre 2015, a constaté la présence de douleurs chez l'assuré au niveau du membre supérieur gauche. Il ne s'agit pas là d'un élément médical nouveau qui aurait été ignoré. La Dresse G.\_\_\_\_\_ n'affirme pas non plus de façon péremptoire que ces douleurs sont imputables à une lésion du nerf supra-claviculaire latéral gauche, n'y voyant là qu'une hypothèse. Quant à l'intervention qu'elle suggère (révision microchirurgicale), le Dr I.\_\_\_\_\_ a exposé de façon détaillée les raisons pour lesquelles elle n'est pas indiquée. En effet, en l'absence de trouble sensitif au niveau de l'épaule gauche signalée par le recourant avant la procédure de recours, il a contesté toute lésion nerveuse causée par une des interventions subies, ce d'autant que l'ensemble des médecins consultés, hormis le Dr P.\_\_\_\_\_, faisaient état d'une cicatrice calme et non douloureuse lors de leurs différents examens. Le Dr M.\_\_\_\_\_ n'a quant à lui vu aucune indication à une révision microchirurgicale (rapport médical du 5 novembre 2014).

Le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il affirme que trois médecins ont des opinions contraires à celles des médecins de la CNA. Les éléments au dossier ne permettent pas non plus de retenir que l'intimée aurait insuffisamment instruit son cas.

C'est donc à juste titre que l'intimée a fait sienne les conclusions des médecins consultés, et retenu un état stabilisé sur le plan somatique, permettant de mettre un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical.

**6.** Dans un second grief, l'assuré reproche à l'intimée de n'avoir pas pris en compte dans son appréciation son atteinte psychique et plus spécifiquement de n'avoir pas examiné le point de savoir si celle-ci est en lien de causalité adéquate avec l'accident du 13 septembre 2010, le Dr R. \_\_\_\_\_ ayant diagnostiqué un état dépressif sévère chez le recourant, qu'il impute à l'événement accidentel et à ses conséquences.

**a)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références).

En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

**b)** En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SVBR 2ème éd. 2007, n° 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées ; 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C\_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

**c)** Dans le cas d'espèce, il convient de retenir, avec l'intimée, que l'accident du 13 septembre 2010 doit être classé dans les accidents de gravité moyenne stricto sensu, sans pouvoir être considéré comme à la limite des accidents graves ou des accidents insignifiants. Le recourant a chuté de la hauteur de son scooter, à une vitesse de l'ordre de 30km/h. Ces circonstances, appréciées objectivement, ne sont ni dramatiques, ni particulièrement impressionnantes, étant rappelé que selon la jurisprudence, la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (voir par comparaison TF 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3). Ainsi que le relève l'intimée, aucune erreur médicale ou complication n'est intervenue en ce qui concerne les suites proprement dites de l'accident assuré. Les différents traitements - qui ont prolongé l'incapacité de travail - ne peuvent pas intégralement être mis sur le compte des séquelles organiques de l'accident, différents médecins ayant souligné à plusieurs reprises que les troubles relatés ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique (rapport médical du 25 juin 2013 Dr B.\_\_\_\_\_, rapport médical intermédiaire du 12 septembre 2013 du Dr L.\_\_\_\_\_, rapport médical du 31 octobre 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_). Enfin, les lésions physiques subies par le recourant, à savoir une luxation acromio-claviculaire de stade III au niveau de l'épaule gauche et la fracture de quatre côtes à gauche ont connu une évolution favorable, sous réserve de l'atteinte au niveau de l'épaule gauche, qui a été source de douleurs depuis l'accident. On retiendra donc comme seul critère celui des douleurs physiques persistantes.

En présence d'un accident de gravité moyenne au sens strict du terme, le seul critère des douleurs persistantes n'est pas suffisant pour retenir un lien de causalité adéquate entre l'atteinte psychique diagnostiquée par le Dr R.\_\_\_\_\_ et l'accident du 13 septembre 2010.

Dans ces circonstances, le fait que l'OAI ait jugé utile de mettre en œuvre une expertise psychiatrique est sans incidence sur la

présente cause. Il n'est pas non plus déterminant de savoir si l'OAI entend mettre en œuvre des mesures de réadaptation. C'est le lieu de constater que c'est de façon coordonnée avec l'OAI que le cas de l'assuré a été examiné par l'intimée. Il résulte en effet des pièces produites que l'intimée et l'OAI ont collaboré et régulièrement échangé au sujet du recourant. Quoi qu'il en soit, il est établi que selon la jurisprudence, l'assureur-accidents est fondé à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité, indépendamment de la décision de l'office de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368 ; arrêt 8C\_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 4.1, 9C\_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4).

**7.** Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

**a)** Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré ( art. 7 et 8 LPGA) ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d, 119 V 471 consid. 4a ; VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une

erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que 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, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

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 (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C\_125/2010 arrêt 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 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_748/2008 arrêt du 10 juin 2009, consid. 2.1).

**b)** Le recourant ne conteste pas le revenu avec invalidité retenu par l'intimée, fondé sur les DPT, pas plus que le revenu retenu sans invalidité, fondé sur les déclarations de l'employeur. Il s'estime par contre totalement incapable de travailler dans toute activité.

On rappellera qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité

normalement exigible - le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n°176).

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, 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 ; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2).

**c)** En l'occurrence, l'intimée a listé 66 DPT et en a sélectionné cinq, comme collaborateur de production.

Ces DPT requièrent principalement le maniement d'objets légers/à motricité fine et le port de charge très légère, à savoir des activités n'allant pas à l'encontre des limitations fonctionnelles retenues. Ici encore, il y a lieu de rappeler qu'il ne peut être fait grief à l'intimée de ne pas avoir retenu l'atteinte psychique alléguée par le recourant, faute de lien de causalité adéquate entre celle-ci et l'événement accidentel. On rappellera pour le surplus que selon les limitations fonctionnelles retenues, le recourant est en mesure d'utiliser son bras gauche, et qu'aucun médecin, sur la base de ses constatations, ne l'a estimé mono manuel. Dans ces conditions, les DPT sur lesquelles s'est fondée l'intimée n'avaient pas à concerner des activités accessibles uniquement à un mono manuel, comme semble le soutenir le recourant.

On retiendra dès lors que les cinq DPT sélectionnées par l'intimée peuvent être considérées comme adaptées au handicap du recourant. Il en résulte un gain avec invalidité de 56'344 fr. par an.

Aucun grief n'est formulé par le recourant à l'encontre du revenu sans invalidité retenu par l'intimée. Celui-ci a été, à juste titre, arrêté sur la base des informations communiquées à l'intimée par l'entreprise [...] le 19 février 2015, faisant état d'un salaire mensuel de 5'336 fr., versé treize fois l'an, soit un salaire annuel de 69'368 francs. La comparaison entre le revenu sans invalidité de 69'368 fr. et le revenu avec invalidité de 56'344 fr. laisse apparaître une perte de gain de 18,77 %, de sorte que le droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 19% doit être confirmé.

**8.** Dans un dernier grief, le recourant soutient que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité arrêté par l'intimée à 15% est insuffisant, estimant qu'il devrait être fixé à 30% au moins.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance sur l'assurance-

accidents du 20 décembre 1982 ; 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2).

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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, 113 V 221 consid. 4b et les références).

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 du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références). 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). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'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 n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, et en vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. 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, 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**b)** De l'avis du recourant, son indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait être arrêtée à 50% compte tenu de ses affections psychiques. Or l'assuré ne fournit aucune pièce médicale de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_, qui a pour sa part arrêté l'IPAI à 15%, en raison de l'abduction de l'épaule limitée à l'horizontale (table 1 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA). S'agissant en particulier des troubles psychiques allégués, lesquels sont mentionnés pour qu'une IPAI d'un taux plus élevé soit allouée, ils ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. Ils ne peuvent dès lors conduire à justifier l'octroi d'une IPAI d'un taux supérieur à celui de 15% retenu en l'espèce par l'intimée.

**9.** L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle évaluation pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits

présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, respectivement psychiatrique, ainsi que le requiert le recourant.

**10.** En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

Le recourant ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 juillet 2015 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 Amandine Torrent, avocate à Lausanne (pour Z.\_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :