

VD_FINDINFO AA 4/11 - 25/2012 vom 2. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_4_11_-_25_2012

FR: VD_FINDINFO AA 4/11 - 25/2012 du 2 mars 2012

IT: VD_FINDINFO AA 4/11 - 25/2012 del 2 marzo 2012

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ORDONNANCE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ACCIDENT, NOTION, FORCE PROBANTE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, LIEN DE CAUSALITÉ, PREUVE FACILITÉE, RENTE D'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 1 al. 1 LAA, 10 al. 1 LAA, 16 al. 1 LAA, 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 21 LAA, 24 al. 1 LAA, 25 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 4 LPGA, 43 LPGA, 58 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. a LPGA, 61 let. c LPGA, 61 let. g LPGA, 8 LPGA, 11 OLAA, 24 al. 4 OLAA, 36 al. 1 OLAA, 36 al. 2 OLAA, 2 al. 1 let. c LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

Erwägungen

E. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant, est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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 statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

Aux termes de l'art.

E. 6

al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). 3. L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical,

que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées, 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPG), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, 119 V 335, consid. 3c et les références). 4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 115 V 286 consid. 1b et les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2 ème éd., n° 79 p. 865). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est

une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). Si l'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 de l'assuré 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; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 [RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b]; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865). b) L'intimée a admis le lien de causalité avec l'accident du 21 janvier 2008 tant pour les lésions de l'épaule gauche que pour celle du ménisque interne gauche. Elle a également admis un tel lien de causalité au moins partiel entre la gonarthrose débutante du genou gauche et cet accident, dans la mesure où la décision entreprise, se fondant sur l'appréciation du Dr M. _____ du 6 janvier 2010, inclut la gonarthrose naissante dans les motifs d'octroi d'une IPAI de 22.5 %. Il n'y a pas lieu de mettre en question cette appréciation. c) Il n'y a aucun lien de causalité entre les lésions à l'épaule droite et la chute du côté gauche le 21 janvier 2008. Par conséquent, pour que l'assureur intimé soit tenu de prendre en charge les suites qui en découlent, il faut que l'on se trouve en présence d'une rechute ou d'une séquelle d'un événement assuré (art 11 OLAA), à savoir en l'espèce la chute du 13 octobre 1999. aa) Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références; TF 8C_596/2007 du 4 février 2008, consid 3). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). Il y a également rechute ou séquelle tardive si, auparavant, le traitement médical avait permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé (TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 6.1). bb) Le Dr M. _____ a nié dans son rapport du 15 mars 2010 qu'il y ait rechute: «Nous ne sommes manifestement pas en présence d'une rechute et cette gonarthrose débutante n'empêche pas le patient de travailler en plein dans une activité adaptée». Même si le Dr M. _____ n'est pas clair quant à l'atteinte qu'il vise, vu que les phrases précédentes portaient à la fois sur les deux épaules et le genou gauche, la teneur de la phrase en question donne plutôt l'impression qu'il fait allusion à la gonarthrose. cc) Selon le rapport de la CRR du 31 décembre 2008, une échographie récente montrait un net amincissement des trois tendons de la coiffe des rotateurs, ce qui traduisait une probable déchirure partielle. Selon un rapport des Drs D. _____ et T. _____ du centre d'imagerie de [...] du 22 janvier 2009, fondé sur une échographie comparative des deux épaules, il y avait probablement une rupture complète de tous les tendons entourant l'épaule droite. Le diagnostic de probable re-rupture partielle de la coiffe à droite a été repris dans le rapport de la CRR du 30 novembre 2009 sans que l'assuré ait subi d'examen spécifiques

relatifs à son épaule droite. Ces évaluations corroborent les rapports médicaux antérieurs du Dr C. _____, daté du 16 septembre 2003, et du Dr S. _____ du 3 octobre 2003. On peut ainsi admettre avec une vraisemblance prépondérante que le recourant a subi à son épaule droite à titre de rechute au moins une déchirure partielle des tendons de la coiffe des rotateurs. d) Il n'y a aucun lien de causalité entre l'accident du 21 janvier 2008 et la gonarthrose ainsi que la chondrocalcinose au genou droit. Il ne s'agit pas non plus d'une rechute ou d'une séquelle tardive d'accidents antérieurs. 5. L'assureur intimé a mis fin aux prestations provisoires (traitement médical et indemnités journalières) au 10 janvier 2010. En requérant la poursuite de ces prestations provisoires, le recourant soutient en substance que le cas a été clôturé de manière prématurée. a) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse 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 U 391/2000 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 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). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388; TFA U 244/2004 du 20 mai 2005, consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, TFA U 244/2004 du 20 mai 2005, consid. 3.1 avec références; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010, consid. 4.2). 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). Selon la jurisprudence, l'assureur-accident peut nier le rapport de causalité et cesser "ex nunc et pro futuro" les prestations malgré l'octroi antérieur du traitement et d'indemnités journalières sans devoir se fonder sur un motif de réexamen ou de révision (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1), sauf lorsque la restitution de prestations payées est requise (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8 et TF 8C_714/2009 du 14 avril 2010, consid. 4.2). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art.

E. 10

kg et nécessitant l'usage des deux mains. D'ailleurs, l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 15 juillet 2005 a confirmé la pleine valeur probante de l'évaluation du Dr F. _____ sans reprendre la formulation du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Par rapport à la situation médicale qui prévalait lors de la décision de la CNA sur laquelle le Tribunal des assurances du canton de Vaud puis le Tribunal fédéral des assurances s'étaient prononcés, il y a nouvellement, outre la lésion de l'épaule gauche et la gonarthrose à

gauche, la rechute concernant l'épaule droite avec la probable re-rupture, au moins partielle, des tendons de la coiffe des rotateurs. Une des limitations définies par les Drs I. _____, R. _____ et M. _____ est ainsi identique avec celles qui ont conduit à l'octroi de la rente de 35 %: l'exclusion des charges lourdes. Une autre est une limitation modifiée: tandis que le jugement du 5 mai 2004 fixait comme limitation, sur la base du rapport médical du Dr F. _____, le travail à hauteur d'établi, les Drs I. _____, R. _____ et M. _____ l'ont définie comme l'exclusion du travail au-dessus de l'horizontale des épaules. Cette formulation de la limitation équivaut d'ailleurs à celle de l'autre avis médical admis avec pleine force probante devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud et le Tribunal fédéral des assurances, à savoir le rapport du Dr K. _____ du SMR du 18 décembre 2001 qui avait exclu le travail au-dessus de la ceinture scapulaire. En revanche, une limitation a été abandonnée, à savoir celle ne nécessitant pas l'usage des deux mains. Eu égard au fait que le recourant a pu exercer des activités impliquant l'usage des deux bras à l'occasion des ateliers professionnels lors du second séjour à la CRR, la renonciation à la limitation concernant l'usage des deux mains est justifiée. Il ne ressort en effet pas du rapport des ateliers professionnels ou des rapports médicaux une incapacité de travailler à hauteur d'établi avec l'un des deux bras, même si le recourant avait refusé lors de ce même séjour de faire des exercices bimanuels de physiothérapie en arguant qu'il avait déjà trop mal à son épaule droite. c) Le recourant se réfère au rapport du Dr B. _____ du 3 mars 2010 pour mettre en question les limitations fonctionnelles constatées par le Dr M. _____. S'agissant de l'épaule gauche, le Dr B. _____ a constaté que la mobilisation de l'épaule gauche était douloureuse, que l'élévation s'arrêtait à peu près à l'horizontale et qu'en abduction l'élévation du bras gauche était en-dessous de l'horizontale. S'agissant de l'épaule droite, l'évaluation du Dr B. _____ était similaire, sans autres précisions ("à D idem"). On relèvera que ces constatations sont conformes à celles du rapport des Drs I. _____ et R. _____. Comme le Dr M. _____ l'a affirmé dans son rapport du 15 mars 2010, les constatations du Dr B. _____ sont compatibles avec les limitations fonctionnelles qu'il avait établies dans son rapport du 6 janvier 2010. Elles sont également compatibles avec les limitations fonctionnelles constatées par les Drs I. _____ et R. _____. D'ailleurs, le Dr B. _____ s'est borné à affirmer que l'assuré était "limité au niveau du travail à cause des épaules", ce qui est conforme à l'évaluation tant du Dr M. _____ que des Drs I. _____ et R. _____. S'agissant du genou gauche, le Dr B. _____ a constaté que la mobilisation du genou était douloureuse à la flexion à partir de 90°, également au niveau de l'interligne intérieure, aussi lors de la rotation externe. Le genou gauche présentait aussi un oedème intermittent, surtout après une longue station debout ou une longue marche. Pour la marche, l'assuré n'était pas encore trop gêné mais lors d'une longue station debout il y avait des douleurs. Le Dr M. _____ a tenu compte de cette évolution de la gonarthrose, déjà diagnostiquée tant par lui-même le 6 janvier 2010 que par le rapport des Drs I. _____ et R. _____, en ajoutant la limitation fonctionnelle de l'exclusion des travaux sollicitant fortement les genoux. Il ne ressort pas du rapport du Dr B. _____ ni d'aucune autre pièce du dossier que cette limitation fonctionnelle ne prendrait pas suffisamment en considération l'état du genou gauche du recourant. d) Le recourant soutient qu'au regard de l'évolution de son genou c'est à tort que le Dr M. _____ lui avait reconnu une capacité de travail similaire à celle déterminée ensuite de l'accident de 1999. Or, le Dr M. _____ n'a pas soutenu que la capacité de travail du recourant était inchangée, mais d'une part que cette capacité de travail était entière dans une activité adaptée et d'autre part que les postes

envisageables en 2002 étaient toujours exigibles en plein. Dans la mesure où la décision attaquée ne se fonde plus sur les mêmes DPT que la décision du 22 avril 2003, il n'importe pas d'évaluer si cette seconde évaluation du Dr M. _____ est justifiée. e) Le recourant demande la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire pour évaluer «l'éventuelle capacité de travail du recourant dans une activité réellement adaptée à son handicap». Or, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée a été suffisamment instruite: concernant la capacité de travail résultant de l'atteinte à l'épaule gauche, le rapport des Drs I. _____ et R. _____ qui repose sur une évaluation approfondie a pleine valeur probante; concernant les conséquences de la gonarthrose à gauche sur la capacité de travail, l'avis du Dr M. _____ du 15 mars 2010 a aussi pleine valeur probante. C'est pourquoi, dans le cadre de l'appréciation anticipée des preuves, il y a lieu de considérer que l'expertise requise par le recourant à ce sujet est inutile, de sorte que cette requête doit être rejetée. 9. Le revenu avec invalidité a été fixé dans la décision attaquée à 49'497 fr. par an sur la base de cinq DPT pris parmi 234 dont le salaire moyen s'élevait à 51'979 fr.: DPT Description Lieu Salaire minimal Salaire maximal Salaire moyen 992 Ouvrier d'atelier de perçage Lausanne 42'077 52'899 47'488 1642 Caissier de grand magasin Ecublens 48'450 50'400 48'450 5957 Employé Payerne 47'740 52'340 50'040 4688 Collaborateur de production Lausanne 48'100 53'300 50'700 5062 Collaborateur de production Les Charbonnières 49'040 52'576 50'808 Le recourant conteste que les postes envisagés soient compatibles avec ses limitations fonctionnelles. a) S'agissant de la DPT 992, le recourant relève qu'il s'agit «d'actionner de haut en bas le levier d'une perceuse à colonne qui perce le support». Dans sa réponse, l'intimée signale que les charges à soulever et à porter sont très légères (jusqu'à 5 kg). Seul le maniement d'objets légers/à motricité fine est requis. Ensuite, l'entreprise décrite réalise des articles médicaux de petite taille. Par voie de conséquence, si certes l'activité d'ouvrier d'atelier commande l'utilisation de perceuses à colonne, il s'agit de perceuses de petite à moyenne taille, dont l'utilisation ne requiert pas de mouvements au-dessus du niveau des épaules. Dans sa réplique, le recourant déclare que l'exclusion des mouvements au-dessus des épaules n'est pas étayée et ne ressort pas de la feuille d'enregistrement DPT. Dans sa réponse à la réplique, l'intimée déclare que la DPT n° 992 ne requiert pas de mouvements prolongés au-dessus de l'horizontale des épaules. A l'appui de son affirmation, l'intimée a transmis des photos relatives à l'ergonomie des postes de perçage transmises par l'entreprise concernée. Il en ressort que le perçage est accompli assis et qu'avec la plus grande perceuse la main de l'opérateur varie entre 48 cm et 36 cm au-dessus de l'établi: si la main de l'opérateur dépasse au point le plus haut la ligne des épaules, en revanche la partie supérieure du bras et l'épaule ne dépassent pas l'horizontale. Il ressort ainsi des informations complémentaires fournies par l'intimée que la DPT 992 n'outrepasse pas les limites fonctionnelles reconnues par les Drs I. _____, R. _____ et M. _____. b) S'agissant de la DPT 5957, le recourant relève que le poste requiert une position debout de longue durée (la position assise n'étant jamais réalisée). Dans sa réponse, l'intimée déclare que le poste concerné ne sollicite pas fortement les genoux, même s'il implique que l'ouvrier travaille debout, car l'activité en question n'exige pas de l'assuré qu'il marche sur de longues distances, en terrain irrégulier ou de monter des escaliers par exemple. En effet, il n'y a pas lieu de considérer que la position debout, du seul fait qu'elle est susceptible de causer des douleurs à la longue, outrepasse les limites fonctionnelles. c) S'agissant de la DPT 5062, le recourant estime qu'elle ne remplit pas les exigences posées par la jurisprudence en la matière, car, outre sa localisation géographique, soit à plus de 40 km du domicile du recourant, il s'effectue, selon sa description, de nuit.

Dans sa réponse au recours, l'intimée ne voit en revanche pas en quoi l'exigibilité fixée par le Dr M. _____ ne serait pas compatible avec un travail de nuit; par ailleurs, elle estime que le recourant ne saurait tirer avantage que ce poste de travail se trouve aux Charbonnières, cette destination pouvant être rejointe depuis Lausanne avec les moyens de transports publics en une heure environ. Dans sa réplique, le recourant relève que s'il existe effectivement la possibilité d'emprunter des trains régionaux pour se rendre de Lausanne aux Charbonnières, la cadence horaire pour une personne travaillant de nuit est extrêmement réduite, puisque seuls des trains arrivant à 18h30, 19h30 et 21h30 permettent de se rendre sur place, de sorte qu'on ne saurait considérer que de telles modalités sont compatibles avec la jurisprudence topique. L'intimée a répondu que selon les informations prises auprès de l'entreprise G. _____ Technologies, l'activité de collaborateur de production s'effectue également la journée, quoique toujours en équipe. Au regard des informations complémentaires fournies par l'intimée, il appert que la DPT 5062 est compatible tant avec les limitations fonctionnelles qu'avec les exigences jurisprudentielles. En particulier, il faut relever que la jurisprudence admet au regard de l'art. 16 al. 1 let. f LACI (loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982, RS 837.0), qui fixe une limite de deux heures de trajet dans chaque sens, qu'un trajet d'une heure en transports publics est exigible en assurances sociales (TFA U 110/1994 du

E. 12

Le recours doit dès lors être partiellement admis et la décision réformée dans le sens que la rente invalidité est fixée à 37 % et l'IPAI pour l'épaule gauche à 15'750 francs. La cause doit être rendue sans frais (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 [TFJAS, 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 2'000 fr. l'indemnité à verser par la CNA au recourant à titre de dépens.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.