

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 552 vom 17. August 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__552

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 552 du 17 août 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 552 del 17 agosto 2017

Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, RENTE{EN GÉNÉRAL}, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 18 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, annexe 3 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.08.2017 Arrêt / 2017 / 552

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, RENTE{EN GÉNÉRAL}, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 18 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, annexe 3 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 98/16 - 84/2017 ZA16.040624 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 17 août 2017

_____ Composition : Mme Di Ferro Demierre , présidente Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges Greffière : Mme Kreiner ***** Cause pendante entre : S. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud, avocat à Yverdon-les-Bains, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA ; annexe 3 OLAA E n f a i t : A. S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 1 er février 2012 comme chauffeur-livreur pour la société G. _____ GmbH, sise à [...]. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la Suva ou l'intimée) contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles. Le 8 octobre 2012 à 22 h 45, l'assuré a été victime d'un accident. Il roulait à environ 40 km/h en ville de [...] lorsqu'il a été percuté par un conducteur venant en sens inverse qui avait perdu le contrôle de son véhicule (choc frontal). Les airbags se sont déclenchés. Dans un rapport médical initial LAA du 2 novembre 2012 (répété le 1 er août 2013) relatif aux premiers soins prodigués le 9 octobre 2012, la Dresse E. _____, médecin assistante au Service des urgences des Etablissements hospitaliers [...] (Etablissements hospitaliers O. _____) a observé que l'assuré souffrait de douleurs à la palpation costale basse gauche et de légère douleur cervicale, surtout para-cervicale. Il n'y avait pas de lésion osseuse visible sur les radiographies du thorax et des cervicales. Elle a posé le diagnostic de contusion costale gauche. Le traitement a été considéré comme terminé le 9 octobre 2012. L'accident a été annoncé à la CNA par l'employeur le 11 octobre 2012. La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières à l'assuré. Dans un rapport médical intermédiaire du 31 décembre 2012, la Dresse T. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de contusion thoracique

gauche inférieure et de contusion épaule avec impingement positif post douleurs pectorales et intrascapulaires. Elle a observé que l'évolution de la contusion thoracique était lente et habituelle et a retenu que le patient pouvait reprendre le travail le 10 décembre 2012. Elle a également fait état de douleurs persistantes à l'épaule. Dans un rapport médical intermédiaire du 10 avril 2013, la Dresse T. _____ a posé les diagnostics de fracture consolidée de la neuvième et de la dixième côte gauche, encore douloureuse, et de déchirure partielle du tendon sus-épineux droit et bursite. Elle s'est déclarée dans l'impossibilité de prendre position sur une date de reprise du travail (point d'interrogation). La praticienne a en particulier produit un rapport de radiographie du thorax face PA debout et gril costal gauche du 6 février 2013 du Dr C. _____, spécialiste en radiologie au Centre d'imagerie [...] (ci-après : Centre d'imagerie M. _____), dans lequel il avait relevé un bon inspirogramme, l'absence de nodule pulmonaire suspect et d'infiltrat, une silhouette cardiomédiastinale normale ainsi qu'une fracture d'aspect ancien et consolidée de l'extrémité antérieure de la neuvième et de la dixième côte gauche. Les sinus costo-phréniques étaient libres. Par courrier du 19 août 2013, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a informé la CNA que l'assuré présentait une lésion de la coiffe de son épaule à droite et qu'il serait opéré le 1^{er} octobre 2013 de la réparation de la coiffe par arthroscopie. Il a demandé une confirmation de la prise en charge de la prestation. Le chirurgien a joint à son courrier des rapports relatifs aux consultations des 6 juin, 4 juillet et 15 août 2013, adressés à l'inspecteur des sinistres corporels de l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'intéressé. Dans le rapport le plus récent, le chirurgien avait notamment posé les diagnostics de lésion quasi transfixiante tendon sus-épineux droit, de lésion type SLAP II (lésions antéro-postérieures du labrum supérieur) droit, de lésion partie haute tendon sous-scapulaire avec subluxation médiale du long chef du biceps (LCB) à droite et de lésion partielle du tendon sus-épineux gauche. Il en ressortait par ailleurs que le patient présentait des douleurs aux deux épaules dans le cadre d'une lésion tendineuse à droite comme à gauche. La CNA a pris en charge l'intervention chirurgicale prévue le 1^{er} octobre 2013. Par courrier du 10 septembre 2013, G. _____ GmbH a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 novembre 2013. Dans un rapport médical intermédiaire du 13 décembre 2013, la Dresse T. _____ a posé le diagnostic de status post opération épaule droite le 1^{er} octobre 2013. Elle a jugé l'évolution normale, précisant que le patient allait voir l'orthopédiste en janvier 2014. Elle s'est déclarée dans l'impossibilité de prendre position sur une date de reprise du travail (point d'interrogation). Dans un rapport médical du 6 janvier 2014, le Dr X. _____ a posé le diagnostic de status post réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, ténodèse du long chef du biceps (LCB), débridement du labrum supérieur, synovectomie partielle, acromioplastie par arthroscopie, épaule droite le 1^{er} octobre 2013. Il a relevé que, au dernier contrôle du 6 janvier 2014, l'évolution était objectivement et subjectivement favorable. Le pronostic était bon. Le chirurgien a par ailleurs retenu que le patient était en arrêt de travail à 100 % depuis le 1^{er} octobre 2013. Dans un rapport médical du 7 avril 2014, le Dr X. _____ a répété le diagnostic posé le 6 janvier 2014 et ajouté celui de lésion partielle de plus de 50 % face articulaire du tendon sus-épineux, épaule gauche, en augmentation depuis le dernier contrôle de juillet 2013. Il a observé qu'au contrôle du 7 avril 2014, l'évolution était objectivement et subjectivement stagnante en ce qui concernait l'épaule droite. S'agissant de l'épaule gauche, l'évolution était objectivement défavorable, dans le sens où la lésion augmentait de taille. Le chirurgien a par ailleurs considéré qu'il était difficile de faire un pronostic chez le patient et a relevé que ce dernier avait

apparemment des problèmes de dépression, avant de renvoyer au médecin traitant plus au courant des diagnostics secondaires. Le 5 mai 2014, le Dr X. _____ a informé la CNA que le patient présentait une lésion de la coiffe de son épaule à gauche et qu'il serait opéré par arthroscopie le 26 août 2014. Il a demandé une confirmation de la prise en charge des prestations. Par courrier du 15 mai 2014, la CNA a confirmé la prise en charge de l'intervention chirurgicale prévue le 26 août 2014. Dans un rapport médical intermédiaire du 2 juin 2014, la Dresse T. _____ a posé le diagnostic d'importante sténose voire occlusion de l'artère sous-clavière supérieure à 98 %, qu'elle a qualifié de « nouveau ». Elle a pour le surplus renvoyé à son rapport précédent et s'est déclarée dans l'impossibilité de prendre position sur une date de reprise du travail (point d'interrogation). La praticienne a par ailleurs notamment produit un rapport de CT cérébral et cervical, angio-CT artériel cérébral et précérébral du 16 mai 2014 du Centre d'imagerie M. _____, duquel il ressortait que le patient se plaignait de céphalées intensives à l'effort avec composante pulsatile. Le CT-cervical ne montrait pas de signe de hernie discale significative ni d'épaississement du canal osseux ou de rétrécissement significatif des trous de conjugaison. Il n'y avait pas non plus de tassements vertébraux, ni d'anévrisme intracrânien visible ou de signe de lésion tumorale. Une sténose subtotale voire complète à l'origine de l'artère sous-clavière gauche était en revanche observée sur une distance de 2 cm. Selon un rapport « case team » du 15 juillet 2014, le Dr V. _____, praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que les céphalées n'étaient en l'état du dossier pas en relation de causalité avec l'accident. Jusqu'à ce jour, l'assuré ne s'était pas plaint de maux de tête ni d'ailleurs d'avoir été victime d'un choc ou de douleurs à ce niveau-là au moment de l'accident. S'agissant de l'intervention à l'épaule gauche, le médecin ne comprenait pas pourquoi la prise en charge avait été acceptée. Il y avait lieu de demander des explications au Dr X. _____ pour savoir sur quelle base il mettait cette intervention en lien avec l'accident et il fallait revenir sur la garantie de prise en charge. Par courrier du 17 juillet 2014 à l'assuré, la CNA a refusé la prise en charge des frais relatifs aux douleurs à la tête, au motif que, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, elles n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 8 octobre 2012. Par courrier du même jour au Dr X. _____, la CNA a annulé l'acceptation de prise en charge de l'intervention du 26 août 2014 et lui a demandé des renseignements supplémentaires. Par courrier du 24 juillet 2014, l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'intéressé a informé la CNA qu'elle avait fait suivre l'assuré par son détective. A cette occasion, elle lui a transmis un rapport de filature et deux procès-verbaux d'entretien datés du 21 juillet 2014 et signés par ce dernier. Il ressortait en particulier du procès-verbal d'entretien n°2 relatif à la présentation de la surveillance effectuée que l'assuré avait admis qu'il avait exagéré ses limitations. Par courrier du 14 août 2014, le Dr X. _____ a relevé que l'échographie du 6 février 2013 n'avait pas montré de lésion au niveau de l'épaule gauche, étant précisé qu'une échographie était très peu sensible et que l'examen le plus sensible au niveau de la coiffe des rotateurs était l'arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique). A cet égard, il a relevé que l'arthro-IRM effectuée le 22 juillet 2013 montrait une petite déchirure de la face superficielle distale du sus-épineux alors que celle du 4 avril 2014 montrait une augmentation de la lésion du tendon sus-épineux, ce qui démontrait bien que la lésion progressait. La lésion de l'épaule gauche avait été mise en relation avec l'accident du 8 octobre 2012, car les douleurs étaient apparues après cet événement. Par courrier du 19 août 2014, la CNA a accepté de prendre en charge les frais de l'intervention prévue le 26 août 2014. Selon un compte-rendu d'un entretien du 20 novembre 2014 entre un inspecteur de la

CNA et l'assuré, ce dernier a déclaré que, même si son épaule droite allait nettement mieux que la gauche récemment opérée, il restait toujours limité au niveau des charges et de certains mouvements d'élévation, tout comme pour mettre sa main droite derrière le dos. S'agissant de son épaule gauche, il n'en était qu'au début de sa rééducation. Par ailleurs, l'intéressé a dit vivre psychologiquement une situation insoutenable et être complètement dépassé par les événements, si bien que sur conseil de son médecin traitant, il consultait une fois par mois le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui lui prescrivait des calmants. Il consultait également régulièrement son médecin traitant pour un suivi au niveau de ses côtes cassées qui le faisaient souffrir particulièrement en mangeant, des médicaments lui étant prescrits pour tenter de le soulager. Dans un rapport à la Dresse T. _____ du 27 novembre 2014, le Dr X. _____ a posé les diagnostics de status post réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, synovectomie partielle, acromioplastie par arthroscopie, épaule gauche, le 26 août 2014 (trois mois) et de status post réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, ténodèse du long chef du biceps (LCB), débridement du labrum supérieur, synovectomie partielle, acromioplastie par arthroscopie, épaule droite, le 1^{er} octobre 2013 (13 mois). En ce qui concernait l'épaule droite, il a observé que l'évolution était objectivement et subjectivement favorable, le patient ayant un status de l'épaule quasi normal même s'il disait garder toujours un peu des douleurs. S'agissant de l'épaule gauche, il a précisé que l'intéressé avait un test de Jobe bien tenu et une bonne mobilité de l'épaule. Il a encore ajouté qu'il fallait voir, à six mois de l'opération de l'épaule gauche, si on ne pouvait pas reconverter le patient car, dans un travail lourd, cela risquait d'être difficile au vu de son manque de motivation. Il aurait fallu le reconverter dans un travail sans port de charges, dans un travail administratif, où il aurait bien pu travailler à 100 %. Dans un rapport médical intermédiaire du 1^{er} janvier 2015, la Dresse T. _____ a posé les diagnostics de status post opération de l'épaule gauche le 26 août 2014 et de status post opération de l'épaule droite le 1^{er} octobre 2013. Elle s'est déclarée dans l'impossibilité de prendre position sur une date de reprise du travail (point d'interrogation), mais a retenu que le patient pouvait « reprendre en tout cas un travail pas (trop) lourd ». Dans un rapport du 16 janvier 2015 à la Dresse T. _____, le Dr X. _____ a posé les mêmes diagnostics que dans son rapport du 27 novembre 2014. Il a ajouté qu'en ce qui concernait l'épaule droite, l'évolution était objectivement favorable, le patient ayant fait une IRM de contrôle qui montrait un tendon en continuité. S'agissant de l'épaule gauche, il était à quatre mois avec un test de Jobe bien tenu et une bonne mobilité de l'épaule. Le chirurgien a par ailleurs relevé que le patient avait un gros manque de motivation et était très plaintif. De plus, sa femme était apparemment atteinte de fibromyalgie. Objectivement, il avait de bons tests et une bonne mobilité de l'épaule, mais il était clair qu'il ne pourrait jamais reprendre un travail de force. Il fallait le reconverter dans un travail de bureau. Le chirurgien a ajouté qu'il avait demandé au patient de faire une demande AI pour reconversion et qu'il demandait aussi au médecin de la CNA de le convoquer pour faire un bilan, afin de voir ce qu'il était possible de faire comme reconversion professionnelle. Le 5 février 2015, l'assuré a été examiné par le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport d'examen final daté du même jour, il a résumé les pièces au dossier avant de rapporter les déclarations de l'assuré et ses constatations cliniques. Il a ensuite retenu ce qui suit : " Appréciation L'assuré est vu à 16 mois de l'intervention chirurgicale de l'épaule D et à 5 mois de l'intervention chirurgicale de l'épaule G. L'évolution fut marquée par la persistance de

douleurs surtout à G. Une IRM de contrôle de l'épaule D montre que les tendons de la coiffe des rotateurs sont en continuité. L'évolution est, objectivement, favorable. L'assuré affirme que, depuis plusieurs semaines, il n'y pas de changement dans l'état des épaules. On peut considérer le cas comme stabilisé. Restent à la charge de la Suva 2 ou 3 séries de 9 séances de physiothérapie durant l'année 2015 pour autant qu'elles soient prescrites par ses médecins. Les médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires pour autant qu'ils soient prescrits par son médecin ainsi que des consultations de contrôle soit chez son médecin-traitant, soit chez le Dr X. _____ chaque 3 mois environ durant l'année 2015. En ce qui concerne la capacité de travail, il est clair que l'état des épaules de l'assuré ne lui permettra pas de reprendre ses activités de chauffeur-livreur. Il est désormais apte à travailler dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. Il doit éviter le port de charges supérieures à 10 kg. Il doit éviter le soulèvement des charges de plus de 5 kg. Il doit éviter les métiers qui impliquent une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale ainsi que les mouvements répétés des épaules. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, l'exigibilité est complète. Il y a eu une atteinte durable à l'intégrité corporelle qui ouvre le droit à une indemnisation qui fait l'objet d'une appréciation séparée. Diagnostic - Douleurs persistantes des 2 épaules - Status après réparation du tendon du sus-épineux, ténodèse du LCB, débridement du labrum supérieur, acromioplastie par arthroscopie épaule D (01.10.2013) - Status après réparation du tendon du sus-épineux, synovectomie partielle et acromioplastie épaule G (26.08.2014) - Status après contusion thoracique G avec fracture des côtes 9 et 10 à G" Dans une estimation de l'atteinte à l'intégrité du 5 février 2015, le Dr H. _____ a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'intéressé à 10 %, au motif qu'une périarthrite scapulo-humérale moyenne étant indemnisée à 10 % en vertu de la table 1 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la législation applicable. Interpellé par la CNA s'agissant du salaire que l'intéressé avait reçu durant l'année précédant l'accident, G. _____ GmbH a répondu au moyen d'une note manuscrite apposée sur les documents de la CNA que ce dernier ne travaillait plus dans la société. Cela dit, elle a notamment produit une copie de son certificat de salaire 2013, duquel il ressortait que l'assuré avait perçu un salaire brut total de 51'198 fr. entre le 1 er janvier et le 30 novembre 2013 (14'261 fr. à titre de salaire et 36'937 fr. à titre d'indemnités journalières et d'allocations pour enfant). Ces documents ont été reçus le 17 février 2015 par la CNA. Par courrier du 20 février 2015, l'assuré, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud, avocat à Yverdon-les-Bains, a notamment produit un rapport du 5 mai 2014, dans lequel le Dr X. _____ avait posé les diagnostics de status post réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, ténodèse du long chef du biceps, débridement du labrum supérieur, synovectomie partielle, acromioplastie par arthroscopie, épaule droite le 1 er octobre 2013, et de lésion partielle tendon sus-épineux, épaule gauche. Il avait en outre relevé que le patient ne s'était pas plaint de l'épaule droite ce jour-là et qu'il avait pris un rendez-vous avec le psychologue, car il avait d'autres soucis de santé et, disait-il, devenait agressif. Il avait en outre indiqué avoir remis le patient au travail en ce qui concernait l'épaule à partir du 2 juin 2014, sans port de charges et sans travaux en dessus de l'horizontale. Selon un rapport d'entretien téléphonique du 13 mars 2015 entre la responsable des ressources humaines de G. _____ GmbH et un collaborateur de la CNA, s'il n'avait pas subi d'accident, l'assuré aurait touché exactement le même salaire en 2015 qu'en 2012, soit un montant mensuel moyen de 5'000 francs. Le 14 mars 2015, la CNA a reçu un résumé des salaires versés à l'intéressé par G. _____ GmbH entre février et décembre 2012. Son salaire brut total s'élevait à 51'328 fr. 35 (y compris les heures

supplémentaires d'un montant brut de 799 fr. 90) et variait entre 3'900 fr. (novembre) et 5'622 fr. 08 (août) par mois. Le jour suivant, la CNA a également reçu une attestation datée du 14 mars 2015 dans laquelle G._____ GmbH avait indiqué dans la colonne relative à l'année 2015 que, sans l'accident, le salaire de base de l'intéressé se serait élevé à environ 5'000 fr. pour un horaire de travail hebdomadaire de 45 heures. La mention « avril 2013 » avait été indiquée à la main dans la colonne 2015. Dans un courrier du 5 mai 2015, le Dr X._____ a informé la CNA que le patient présentait une lésion de la coiffe de son épaule à gauche et devait être opéré de la réparation de la coiffe par chirurgie ouverte le 2 juin 2015. Il a demandé une confirmation de la prise en charge des prestations. Le spécialiste a joint à son courrier un rapport de consultation daté du 1^{er} mai 2015 duquel il ressortait que l'IRM de contrôle montrait que la lésion n'avait pas cicatrisé du côté gauche. Il y avait encore une bonne trophicité musculaire et cela valait la peine de procéder à une nouvelle réparation du tendon sus-épineux. L'intervention prévue le 2 juin 2015 a été prise en charge par la CNA. Dans un rapport médical du 29 juin 2015, le Dr X._____ a posé le diagnostic de status post réparation du tendon sus-épineux et sous-épineux par technique double rangée, synovectomie, ténodèse du long chef du biceps, complément d'acromioplastie par voie ouverte, épaule gauche, le 2 juin 2015. Il a observé qu'au contrôle du 29 juin 2015, l'évolution était objectivement et subjectivement favorable. Le pronostic était bon. Le patient était en arrêt de travail à 100 % depuis le 26 août 2014. Par courrier du 6 août 2015, la CNA a refusé de prendre en charge le traitement de l'intéressé chez un psychologue, au motif qu'il n'était pas en relation de causalité avec l'accident. Selon un compte-rendu du 8 octobre 2015 relatif à l'entretien du même jour entre un membre du Service Extérieur Care de la CNA et l'assuré, ce dernier a déclaré que « l'état de ses épaules tout comme son état en général ne se pass[ai]ent pas bien du tout ». S'il ressentait un peu moins de douleurs au niveau gauche, il ne voyait toujours pas de progrès du point de vue de la mobilité et de la force. Il craignait donc que cela se passe comme pour l'épaule droite qui, deux ans après son opération, n'avait toujours pas retrouvé de stabilité et l'empêchait toujours d'utiliser son bras au-dessus du torse. L'assuré avait ajouté que tout cela était très déprimant et qu'il voyait aussi son état en général se détériorer avec ces douleurs dans la nuque, les poignets et les genoux, le tout accompagné de vertiges, si bien qu'il devenait vite fatigué et ne pouvait même plus soutenir sa famille dans les activités les plus simples. L'intéressé avait par ailleurs mentionné qu'il avait discuté de cela avec son psychiatre, le Dr N._____, qu'il avait vu une dizaine de fois depuis mai 2014, la dernière consultation remontant à avant son opération en juin 2015. Dans la mesure où ce médecin se contentait finalement de lui dire qu'à l'avenir, il allait devoir accepter son sort tout en continuant à prendre des médicaments, ce qui l'avait déçu et choqué, il avait décidé de ne revoir ni lui ni un autre. Il ne croyait pas pouvoir se sortir d'une telle situation et avait parfois des envies suicidaires. Dans un rapport du 17 novembre 2015 à la Dresde T._____, le Dr X._____ a posé le même diagnostic que dans celui du 29 juin 2015. Il a observé que l'évolution était objectivement et subjectivement favorable. Il a par ailleurs ajouté que le patient avait de sérieux problèmes, qu'il était suivi par un psychologue mais avait arrêté et qu'il faisait de la physiothérapie qu'il avait également interrompue. Au vu des plaintes du patient, il ne pouvait pas faire autrement que de le garder à l'arrêt de travail, étant précisé qu'il était de toute façon un peu tôt pour une reprise du travail en ce qui concernait l'épaule gauche, mais qu'il fallait vraiment trouver une solution au niveau de l'AI ou d'une réinsertion. Dans un courrier du 12 janvier 2016 adressé à la Dresde T._____, le Dr X._____ a répété le diagnostic posé dans son rapport médical du 29 juin 2015. Il a

ajouté que l'évolution était objectivement et subjectivement favorable, étant précisé que le patient se plaignait comme d'habitude de douleurs partout et notamment au niveau des deux épaules et du trapèze. Il avait également des problèmes avec sa femme qui souffrait de fibromyalgie et s'évanouissait apparemment tous les jours. Le spécialiste a observé que la mobilité de l'épaule était bonne et que la force était bonne dans tous les plans. Le chirurgien a ajouté que le patient était en arrêt de travail à 100 % depuis le 2 juin 2015, qu'il ne pouvait rien faire d'autre que de continuer l'arrêt de travail mais qu'il fallait, soit que l'intéressé obtienne une rente AI, soit qu'il soit reconverti dans un travail sans port de charges. Le 18 janvier 2016, l'assuré a été examiné pour un bilan final par le Dr H. _____. Dans son rapport d'examen médical final daté du même jour, le médecin a résumé les pièces au dossier jusqu'au 17 novembre 2015 avant de rapporter les déclarations de l'assuré comme suit : " Déclarations de l'assuré En ce qui concerne l'épaule D, l'assuré n'a pas remarqué de changement significatif depuis le dernier examen à l'agence du 05.02.2015. Il continue à avoir des douleurs lorsqu'il fait des mouvements de rétropulsion tant en rotation interne qu'en rotation externe. Il a aussi des douleurs lorsqu'il soulève des charges. Il n'arrive pas à dire à partir de quelle(s) charge(s) il a des douleurs. En ce qui concerne l'épaule G, il a un peu moins de douleurs qu'avant la 2^{ème} intervention effectuée il y a 7 mois. Il a parfois des douleurs au repos. Il a des douleurs dès qu'il mobilise son épaule. Les douleurs irradient vers la nuque et vers le coude G. Depuis l'été 2015, l'assuré décrit des douleurs aux épicondyles, tant à droite qu'à gauche, qui apparaissent lorsqu'il appuie ses coudes sur une table. Il développe des paresthésies sous forme de fourmillements de l'ensemble des deux mains. L'assuré a été vu par le Dr X. _____ le 11.01.2016. Il a prescrit un arrêt de travail jusqu'à la fin du mois de mars 2016. Il n'a pas de rendez-vous de contrôle. L'assuré consulte son médecin-traitant, la Dresse T. _____ pour les ordonnances des médicaments. Il n'a pas de rendez-vous précis. Il a arrêté la physiothérapie en septembre 2015. Il a arrêté son traitement auprès d'un psychiatre en juin 2015. Traitement actuel : Dafalgan 1 g 1 à 2 cp/jour, Irfen 600 mg 1 à 2 cp/jour, Tramadol 20 gouttes 2 à 3x/semaine le soir." Le Dr H. _____ a ensuite fait part de ses constatations cliniques, avant de retenir ce qui suit : " Diagnostic - Douleurs persistantes des deux épaules. - Status après réparation du tendon du sus-épineux, ténodèse du LCB, débridement du labrum supérieur et acromioplastie par arthroscopie épaule D (01.10.2013). - Status après réparation du tendon du sus-épineux, synovectomie partielle et acromioplastie épaule G (26.08.2014) - Status reprise de réparation du tendon du sus-épineux et sous-épineux, synovectomie, ténodèse du LCB et complément d'acromioplastie par voie ouverte de l'épaule G (02.06.2015). - Status après contusion thoracique G avec fracture des côtes 9 et 10 à gauche. - Epicondylite bilatérale (cas non Suva). - Cervicalgies (cas non Suva). Appréciation L'assuré est vu à 27 mois de l'intervention de l'épaule D et à 7 mois de la reprise chirurgicale à gauche. A droite, l'évolution est stationnaire. Persistance de douleurs lors des mouvements de rétropulsion. A noter une IRM post-opératoire montrant une intégrité des tendons. A gauche, persistance des douleurs à la mobilisation. On peut considérer le cas comme stabilisé. En ce qui concerne la capacité de travail, l'assuré n'est plus apte à exercer la profession de chauffeur-livreur. Il est désormais apte à travailler à 100 % dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire, un travail dans lequel il évitera de porter des charges de plus de 10 kg. Il doit éviter de soulever des charges de plus de 5 kg. Il doit éviter les métiers qui impliquent une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale ainsi que les mouvements répétés de celles-ci. Restent à la charge de la Suva, 2 à 3 séries de 9 séances de physiothérapie pour autant qu'elles soient prescrites par les médecins-traitants,

les médicaments antalgiques et AINS prescrits par les médecins-traitants ainsi que 2 à 3 consultations par année de contrôle. Une IPAI a déjà été estimée en février 2015 pour l'épaule G. L'état actuel de l'épaule D est équivalent à une périarthrite scapulo-humérale légère qui ne donne droit à aucune IPAI, selon l'annexe 3 de l'OLAA et les tables de la Suva." Par courrier du 31 mars 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement de l'indemnité journalière et au remboursement des frais de traitement à compter du 1^{er} juin 2016, sous réserve de la prise en charge de deux à trois consultations de contrôle par année ainsi que de deux à trois séries de neuf séances de physiothérapie sur prescription médicale et les médicaments antalgiques et AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) prescrits par son médecin. Elle était par ailleurs en train d'examiner si elle pouvait lui allouer d'autres prestations d'assurance et l'en informerait dès que possible. Elle lui communiquerait par courrier séparé le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à laquelle il avait droit. Dans un courrier du 7 avril 2016 adressé à la Dresse T. _____, le Dr X. _____ a relevé avoir été informé par le patient que la CNA allait cesser ses prestations au 31 mai 2016 et qu'il devait soit faire une demande AI, soit s'inscrire au chômage. Il a ajouté avoir fait un arrêt de travail jusqu'à cette date, avant de préciser qu'il n'avait pas prévu de revoir le patient mais restait à disposition s'il fallait réévaluer la situation. Il ressortait d'un résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente du 8 juin 2016 que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de porter des charges de plus de 10 kg et de soulever des charges de plus de 5 kg, les métiers nécessitant une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale ainsi que des mouvements répétés des épaules devant être évités. Sur la base des descriptions de cinq postes de travail (ci-après : DPT) retenus parmi quarante-quatre DPT listés – à savoir surveillant de machine (salaire moyen : 53'300 fr.), ouvrier d'usine (salaire moyen : 53'950 fr.), caissier polyvalent (salaire moyen : 54'275 fr.), ouvrier (salaire moyen : 59'400 fr.) et empileur (salaire moyen : 60'246 fr. 75) – un revenu de 56'234 fr. apparaissait accessible. Compte tenu du revenu présumable de 60'000 fr. indiqué par l'employeur pour 2015 (5'000 fr. x 12), qui aurait peut-être été très légèrement supérieur en 2016 (les chiffres de l'office fédéral de la statistique indiquaient une majoration prévue de 0,4 % pour 2016), le préjudice était inférieur à 10 %. Par ailleurs, l'IPAI était de 10 %. Par décision du 9 juin 2016, la CNA a refusé d'accorder une rente d'invalidité à l'assuré, faute de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. En substance, elle a considéré, sur la base des constatations médicales et en dépit des séquelles de l'accident, que l'assuré était à même d'exercer en plein une activité ne nécessitant pas de porter des charges de plus de 10 kg ou de soulever des charges supérieures à 5 kg, ni de mobilité des épaules au-delà de l'horizontale ou des mouvements répétés. Cette capacité de travail lui aurait permis de travailler dans un atelier industriel (surveillance ou desserte de machines, travaux de petite mécanique, contrôle ou assemblage de produits manufacturés, etc.) et d'obtenir un salaire de 56'234 francs. Comparé à un revenu d'environ 60'000 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte économique largement inférieure à 10 %. La CNA a encore relevé que l'examen de la rente CNA ne s'effectuait que pour les séquelles résultant de l'accident, mais pas pour les atteintes consécutives à une maladie (cervicalgies, épicondylite bilatérale, troubles psychiques éventuels, à défaut de relation de causalité adéquate pour ces derniers). Par ailleurs, elle a retenu que l'IPAI, fixée à 10%, s'élevait à 12'600 francs. Le 11 juillet 2016, l'assuré, représenté par son conseil, s'est opposé à la décision précitée. En résumé, il a contesté pouvoir obtenir un salaire de 56'234 fr., alléguant ne même plus pouvoir faire chez lui les choses qu'il faisait auparavant. Il a également fait valoir qu'une IRM récente

avait démontré qu'il avait de l'eau dans l'épaule droite. Dans ces conditions, il était difficile d'imaginer qu'il pouvait « travailler à un taux d'invalidité supérieur à 60 % ». L'assuré a requis une rente d'invalidité correspondant à un taux de 40 % ou, à tout le moins, une expertise. Finalement, il a soutenu que le taux de l'IPAI aurait dû être augmenté, vu l'absence d'amélioration de l'état de son épaule droite. Par décision sur opposition du 15 juillet 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 9 juin 2016. Elle a estimé en particulier que les conclusions médicales du Dr G. _____, médecin d'arrondissement, sur lesquelles elle se fondait avaient entière valeur probante, étant précisé que le Dr H. _____, autre médecin d'arrondissement, avait reconnu les mêmes limitations le 5 février 2015. Elle a ajouté que la comparaison entre le revenu présumable d'invalidité, dont la fixation dans la décision ne prêtait pas flanc à la critique, et le revenu sans invalidité, non contesté, laissait apparaître une perte de 6.27 %, de sorte que c'était à juste titre que la CNA avait refusé tout droit à la rente d'invalidité. S'agissant de l'IPAI, la CNA a retenu que l'indemnité pour l'épaule gauche n'était à juste titre pas contestée. Elle a par ailleurs relevé que, selon le Dr G. _____, l'état de l'épaule droite était équivalent à une périarthrite scapulo-humérale légère. C'était donc à bon droit que la décision entreprise avait fixé l'IPAI à 10 %. En effet, selon la table 1 des Publications de la division Médecine des assurances, une périarthrite légère ne donnait droit à aucune indemnité. Aucun élément au dossier ne permettait d'admettre que la situation de l'épaule droite était équivalente à une périarthrite moyenne, l'assuré ne présentant des douleurs que lors des mouvements de rétropulsion et lorsqu'il soulevait des charges de plus de 5 kg. B. Par acte du 14 septembre 2016, S. _____, représenté par son conseil, a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité. En substance, il a contesté le taux d'invalidité retenu par la CNA, considérant qu'il était contraire à la loi et à la pratique de retenir un taux d'incapacité sans que l'assuré ait fait l'objet d'une expertise en bonne et due forme. Vu son état, attesté par son médecin traitant, il n'était absolument pas en état de travailler. Le recourant a également fait valoir que la décision ne précisait pas le genre d'activité qui devait être pratiquée, ce qui n'apparaissait pas conforme aux exigences de la jurisprudence. Les tests effectués par le recourant démontraient que l'intéressé n'était pas à même, dans son état du moment, d'effectuer une activité à plein temps. La décision sur opposition litigieuse étant donc infondée et il y avait lieu de l'annuler et d'ordonner une expertise dans le cadre du recours. Le recourant a par ailleurs produit des rapports et courriers du Dr X. _____ parmi lesquels : - un rapport du 8 avril 2014 à la Dresse T. _____, relevant que l'arthro-IRM montrait une rupture partielle du tendon sus-épineux de plus de 50 % de l'épaisseur du tendon, donc une déchirure qui avait augmenté en taille depuis l'arthro-IRM de juillet 2013. En ce qui concernait l'évolution de l'épaule droite, le patient était toujours très plaintif. Il avait un test de Jobe très bien tenu et une bonne mobilité mais il décrivait subjectivement des douleurs. Le Dr X. _____ avait ensuite noté que le patient avait d'autres soucis, apparemment de dépression qui s'étaient surajoutés à tout cela, et qu'il fallait prévoir chez lui une reconversion dans un travail sans port de charge et sans travaux au-dessus de l'horizontale. - un rapport du 5 mai 2014 à la Dresse T. _____ déjà résumé plus haut. - un courrier adressé à Me Treyvaud le 19 novembre 2015, dans lequel le chirurgien relevait avoir vu le patient pour la première fois le 6 juin 2013 suite à son accident alors qu'il était déjà en incapacité de travailler à 100 %. L'incapacité de travail à 100 % avait continué et il lui avait donné un nouveau certificat d'incapacité de travail à 100 % lors de sa dernière consultation

du 16 novembre 2015 (jusqu'au 31 janvier 2016). Par réponse du 16 novembre 2016, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 15 juillet 2016. Pour l'essentiel, elle a rappelé que le Dr G. _____ avait confirmé en conclusion de son rapport médical final du 18 janvier 2016 que le recourant était apte en plein dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles. Les dires de ce dernier ne permettaient pas de douter de l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par le Dr G. _____ au vu des constatations cliniques et du dossier radiologique, ce d'autant plus que le Dr H. _____ avait reconnu les mêmes limitations fonctionnelles le 5 février 2015. Par ailleurs, l'intimée a considéré que le gain d'invalidité ne prêtait pas flanc à la critique dès lors que les DPT choisies étaient adaptées au handicap du recourant et avaient été versées au dossier en conformité de la jurisprudence. La comparaison entre le revenu présumable sans invalidité, non contesté, d'environ 60'000 fr. et un revenu exigible d'au moins 56'234 fr. laissait apparaître une perte de 6.27 %, de sorte que la CNA avait à juste titre refusé tout droit à une rente d'invalidité. L'intimée a encore ajouté que l'assuré n'avait aucun droit à la mise en œuvre d'une expertise médicale, ce d'autant plus que plusieurs médecins d'arrondissement de la CNA (les Drs G. _____ et H. _____) s'étaient prononcés de manière concordante. Finalement, elle s'est référée à l'avis de ses médecins d'arrondissement et à la décision sur opposition entreprise s'agissant de l'IPAI. Par réplique du 16 décembre 2016, le recourant a intégralement maintenu les conclusions de son recours. En substance, il a fait valoir qu'il n'avait pas été vu par un expert neutre. Il a également soutenu qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. A cet égard, il a rappelé que l'accident était dû à un choc frontal et qu'il avait subi trois opérations de l'épaule. Il était dans le cours normal des choses que de telles lésions puissent entraîner des troubles psychiques. Le recourant a par ailleurs allégué que l'analyse du Dr G. _____, mentionnée par l'intimée dans sa réponse, ne figurait pas dans la liste du contenu du dossier CNA qui lui avait été remis. De plus, la décision ne se référait qu'à l'examen du Dr H. _____ qui ne se mentionnait pas non plus l'analyse d'un autre praticien. Cela démontrait qu'une expertise neutre était nécessaire, d'autant plus que la capacité de travail retenue par les médecins de la CNA était contredite par les certificats médicaux du Dr X. _____. Par courrier du 23 décembre 2016, l'intimée a renoncé à répliquer. Par courrier du 22 mars 2017, le recourant a produit un certificat du 11 septembre 2016 de la Dresse T. _____, posant les diagnostics d'accident sur la voie publique le 8 octobre 2012 avec fracture des côtes 9 et 10 à gauche, lésion quasi transfixiante du tendon sus-épineux à droite opéré le 1^{er} octobre 2013, lésion partielle du tendon sus-épineux à gauche opéré le 26 août 2014, contusions du genou des deux côtés et raideurs cervicales, et relevant ce qui suit (sic) : " Actuellement : Persistance des douleurs thoraciques et des 2 épaules, avec cervicalgies et raideurs. Résumé : Le patient a eu un accident de voiture en octobre 2012, avec contusions du genou ddc, fractures des côtes 9+10 à gauche et lésions des tendons aux deux épaules. Entretemps les épaules ont été opérées. Un travail adapté a été proposé avec des limitations fonctionnelles pour porter des charges, et ne pas travailler en-dessus des coudes. Les fractures des côtes sont consolidées, mais le patient a de fortes douleurs avec les mouvements au niveau du torse. Le patient a encore des douleurs aux épaules ainsi qu'au torse qui l'empêche de dormir la nuit, et qui l'oblige à prendre de l'Irfen et du Tramadol. A la suite de la prise du Tramadol, le patient a des vertiges le lendemain et ne sent pas bien dans sa peau. Depuis l'accident, il a aussi des raideurs à la nuque. Nous jugeons alors qu'une reprise de l'activité professionnelle n'est possible qu'aux alentours de 60 % pour un travail adapté. Le patient doit bouger lentement

et contrôlé." C. En parallèle de la procédure devant la CNA, l'intéressé a déposé une demande de prestations AI. Par communication du 8 avril 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré que les conditions du droit au placement étaient remplies. Ainsi, du point de vue de l'AI, il était réadaptable et n'avait pas droit à une rente. Il allait recevoir un projet de décision ultérieurement et être invité à une séance d'information. D. Par décision du 15 septembre 2016, la juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à S._____ avec effet au 9 juin 2016, l'exonérant d'avances et de frais judiciaires et lui nommant un avocat d'office en la personne de Me Treyvaud. Par courrier du 23 juin 2017, Me Treyvaud a produit sa liste des opérations. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 1a). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents suite à l'accident du 8 octobre 2012, ainsi que sur le taux de l'IPAI, au regard des atteintes à sa santé. 3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions

négligentes de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées). 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.

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement 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 évènement 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, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références citées ; TF 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 3.1). Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet évènement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés 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 ; TF 8C_794/2014 du 3 décembre 2015 consid. 4.2 et la référence citée ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3 e éd., Bâle 2016, n° 107 p. 930). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré (TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). 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 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 3.1). Savoir si l'évènement 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 402 consid. 4.3 et 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références). 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, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des

documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_191/2012 du 27 septembre 2012 consid. 4.3 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 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 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_249/2016 du 1^{er} mars 2017 consid. 4.1). b) 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 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). 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). c) En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 6. En l'espèce, la décision du 9 juin 2016 et la décision sur opposition du 15 juillet 2016 de la CNA se fondent principalement sur le rapport d'examen médical final du 18 janvier 2016 du Dr H. _____, et non sur celui du Dr G. _____ comme l'a semble-t-il indiqué par erreur la CNA dans sa décision sur opposition et sa réponse au recours, dans la mesure où, à teneur du dossier, ce médecin ne s'est pas prononcé sur le cas

du recourant. Le premier nommé pose les diagnostics de douleurs persistantes des deux épaules, de status après réparation du tendon du sus-épineux, ténodèse du LCB, débridement du labrum supérieur et acromioplastie par arthroscopie épaule droite (1^{er} octobre 2013), de status après réparation du tendon du sus-épineux, synovectomie partielle et acromioplastie épaule gauche (26 août 2014), de status reprise de réparation du tendon du sus-épineux et sous-épineux, synovectomie, ténodèse du LCB et complément d'acromioplastie par voie ouverte de l'épaule gauche (2 juin 2015), de status après contusion thoracique gauche avec fracture des côtes 9 et 10 à gauche, d'épicondylite bilatérale (cas non Suva) et de cervicalgies (cas non Suva). a) Il n'est pas contesté qu'un lien de causalité à tout le moins probable est établi entre l'atteinte aux épaules et la contusion thoracique gauche avec fracture de la neuvième et de la dixième côte à gauche dont le recourant a souffert et l'accident du 8 octobre 2012. Est en revanche litigieuse la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les cervicalgies de l'intéressé, respectivement ses éventuels troubles psychiques. aa) Le Dr H. _____ reconnaît le diagnostic de cervicalgies dans son rapport d'examen médical final du 18 janvier 2016 (p. 6/7). Il nie toutefois tout lien de causalité avec l'accident du 8 octobre 2012 (« cas non Suva »). Les critères de la jurisprudence mentionnés ci-dessus (consid. 5a supra) permettent de conférer pleine valeur probante à son rapport. En effet, le médecin d'arrondissement a tenu compte de l'anamnèse et des pièces médicales au dossier, en particulier des rapports médicaux des Drs X. _____ et T. _____. Il a procédé à un examen clinique du recourant – qui ne s'est au demeurant pas plaint de cervicalgies dans le cadre de l'examen du 18 janvier 2016 – et a étayé sa position de manière détaillée, ce qui permet de comprendre son raisonnement. Par ailleurs, la description des interférences médicales est claire et les conclusions dûment motivées. Le Dr H. _____ se réfère à la décision du 17 juillet 2014 de la CNA refusant la prise en charge des frais relatifs aux cervicalgies et céphalées (au motif qu'elles n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident). Dite décision était motivée par le constat non seulement que l'assuré n'avait souffert que d'une légère douleur cervicale lors de l'accident et qu'il n'y avait pas de lésion osseuse sur les radiographies du thorax et des cervicales (rapport médical initial LAA du 2 novembre 2012 de la Dresse E. _____), mais aussi que le CT-cervical ne montrait pas de signe de hernie, ni d'épaississement du canal osseux ou de tassements vertébraux (rapport médical intermédiaire du 2 juin 2014 de la Dresse T. _____). On relèvera en particulier à cet égard que la Dresse T. _____, qui a posé le diagnostic de raideurs cervicales pour la première fois dans son certificat du 11 septembre 2016, s'est contentée de rapporter une persistance des cervicalgies et des raideurs à la nuque chez l'intéressé et de mentionner que ces raideurs duraient depuis l'accident. Elle n'a toutefois apporté aucun argument clinique pour étayer la thèse de l'existence d'un lien de causalité avec l'événement accidentel. Or, le simple fait que les douleurs cervicales soient apparues après l'accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc ») ne suffit pas à établir un rapport de causalité avec celui-ci selon la jurisprudence (consid. 4a supra). Aussi, il convient de retenir que le point de vue subjectif de la praticienne, qui en définitive fait simplement écho aux plaintes de son patient, ne permet pas de retenir un lien de causalité naturelle entre les cervicalgies et l'événement accidentel, respectivement de remettre en cause l'appréciation probante du Dr H. _____ sur ce point. La responsabilité de l'assurance-accidents ne peut dès lors être étendue aux conséquences de ces atteintes. bb) aaa) Le recourant soutient souffrir d'un trouble psychique en lien de causalité adéquate avec l'accident du 8 octobre 2012 (réplique, p. 2). Force est toutefois de constater qu'il ne produit aucun document médical susceptible de

confirmer ses allégations. Il se contente de se référer aux rapports médicaux de son orthopédiste, le Dr X. _____, qui non seulement n'est pas spécialiste en la matière, mais surtout se limite à rapporter les dires de son patient, sans étayer ceux-ci de manière objective ni poser le moindre diagnostic sur le plan psychique. De surcroît, aucun autre avis médical figurant au dossier ne fait état de troubles psychiques chez l'intéressé, qui n'a été vu qu'une dizaine de fois par un psychiatre en treize mois (mai 2014 à juin 2015) et a mis fin à son suivi de sa propre initiative en juin 2015 (compte-rendu d'entretien du 8 octobre 2015). Son médecin traitant n'a en particulier jamais mentionné de diagnostic sur le plan psychique. Cette question n'a cependant pas besoin d'être instruite plus avant, car le lien de causalité adéquate entre les éventuels troubles psychiques de l'assuré et l'accident devrait de toute façon être nié pour les raisons exposées ci-après. bbb) En effet, s'agissant des suites psychiques provoquées par un accident, la jurisprudence a précisé (ATF 112 V 30 consid. 3c) que le point de savoir si l'accident considéré est propre à provoquer, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'atteinte à la santé psychique qu'il a entraînée, ne doit pas être tranché en se référant aux effets probables d'un pareil accident sur un assuré jouissant d'une constitution psychique normale. Il convient bien plutôt de prendre en considération un large cercle d'assurés comprenant aussi les personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, sont davantage sujettes à des troubles mentaux et qui, sur le plan psychique, assument moins bien l'accident que des assurés jouissant d'une condition normale. Les motifs pour lesquels certains assurés surmontent plus lentement ou plus difficilement que d'autres un choc traumatique peuvent relever notamment d'une prédisposition constitutionnelle ou, d'une manière générale, d'un mauvais état de santé, de la pression psychique due aux conditions sociales, familiales ou professionnelles ou, enfin, de la personnalité peu structurée de l'assuré. Ainsi, la question de la causalité adéquate doit être tranchée également au regard des effets probables d'un accident sur des assurés appartenant à une catégorie dite à risques élevés, autrement dit sur des personnes peu aptes à assumer pleinement un choc traumatique. Cela étant, le point de savoir si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident peut être considéré comme propre à entraîner des troubles psychiques déterminés, doit être tranché non pas au regard d'un critère étroit, mais en fonction d'une norme représentative de la réalité (ATF 115 V 133, précisant les principes des ATF 113 V 307 et 113 V 321). Cette jurisprudence a été complétée par une pratique consacrant une classification par degrés de gravité des accidents entraînant des troubles psychiques réactionnels (ATF 115 V 133 précité et 115 V 403). Selon ces arrêts, 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. En effet, le principe d'égalité de traitement et l'exigence de la sécurité du droit nécessitent que l'on recoure à des critères objectifs pour trancher la question de l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain d'origine psychique (ATF 115 V 403 consid. 5 et les références citées et 112 V 39 consid. 4). Aussi, suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent-ils être classés en trois catégories : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne. Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple heurté légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet

événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ce cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'événement accidentel lui-même. Il s'agit bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Les critères les plus importants sont 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 ; les douleurs physiques persistantes ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes qui ont pu en résulter ; enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'apparaissent dans chaque cas toutes ces circonstances à la fois. Il est possible que la présence d'une seule d'entre elles soit suffisante pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire et qu'on se trouve par conséquent à la limite de la catégorie des accidents graves. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, cela d'autant plus lorsque l'accident est de moindre gravité. Selon la jurisprudence, un accident de la circulation au cours duquel un véhicule circulant sur l'autoroute dérape et heurte latéralement la glissière de sécurité, et où le passager dudit véhicule percute la portière droite de la tête et de l'épaule et subit de ce fait une commotion cérébrale, une distorsion cervicale et diverses commotions, doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves (TF 8C_182/2009 du 8 décembre 2009). Ont été qualifiés d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves, une collision frontale entre deux véhicules à laquelle a succédé un choc avec une troisième voiture, accident au cours duquel l'assuré a subi diverses blessures, dont la mère a eu des côtes fracturées et dont le père est décédé au cours d'une opération consécutive à l'accident (TF U_307/06 du 14 février 2007 consid. 4.2) ainsi qu'un accident dans lequel le frère de l'assuré a été tué après une collision frontale provoquée par un conducteur ivre et à l'occasion duquel, hormis l'assuré, les autres passagers du véhicule et le conducteur fautif n'ont pas été grièvement blessés. En outre, le Tribunal fédéral a qualifié de gravité moyenne un accident au cours duquel un véhicule roulant en sens inverse à une vitesse de 90 km/h a dévié au centre de la chaussée, franchi la ligne de sécurité et heurté le flanc gauche de la voiture de l'assurée, qui a été projetée contre la glissière de sécurité avant de finir sa course de l'autre côté de la chaussée, et qui souffrait de douleurs cervicales mais avait pu quitter l'hôpital après une semaine (TF 8C_767/2009 du 3 août 2010 consid. 4.2). Finalement, a été

qualifiée de grave, une collision frontale lors de laquelle deux personnes ont été tuées et l'assuré grièvement blessé (TFA U_145/94 du 15 décembre 1994). ccc) Au vu du déroulement de l'accident et des exemples jurisprudentiels précités, il apparaît que l'accident du 8 octobre 2012 est tout au plus de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves. Or, il s'avère que les critères de gravité développés par la jurisprudence ne sont pas remplis. Objectivement considéré, l'événement du 8 octobre 2012 n'a pas un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant compte tenu des circonstances du cas d'espèce. Le traitement des lésions résultant de l'accident (lésions des épaules gauche et droite et contusion thoracique avec fracture des côtes 9 et 10 à gauche) n'a pas été anormalement long vu leur nature et il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation des séquelles de l'accident. Il n'y a pas non plus eu de difficultés ou de complications importantes lors de la guérison des atteintes liées à l'événement accidentel, même si l'épaule gauche du recourant a dû être opérée à deux reprises. Le Dr X. _____ a en effet estimé tout au long du processus que l'évolution postopératoire était objectivement et subjectivement favorable (rapports médicaux des 27 novembre 2014, 16 janvier, 29 juin et 17 novembre 2015 et 12 janvier 2016), ce qui a également été confirmé par le Dr H. _____ dans son rapport d'examen du 5 février 2015 (p. 6/7). Pour le surplus, la fracture consolidée des côtes 9 et 10 à gauche était d'aspect ancien en février 2013 déjà (rapport de radiographie du thorax face PA debout et gril costal gauche du 6 février 2013). Dans ce contexte, les éventuelles atteintes psychiques du recourant ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement accidentel du 8 octobre 2012, comme l'a d'ailleurs retenu la CNA dans son courrier du 6 août 2015 refusant toute prise en charge du traitement psychiatrique de l'intéressé. Partant, le recourant n'a pas droit à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec les conséquences de celles-ci. cc) Au vu de ce qui précède, c'est à raison qu'un lien de causalité pour le moins probable entre l'accident et les cervicalgies de l'intéressé a été nié. Il en est de même s'agissant de ses éventuels troubles psychiques. b) En l'absence de tout lien de causalité entre les cervicalgies, respectivement les troubles psychiques allégués, et l'accident du 8 octobre 2012, l'évaluation du degré d'invalidité du recourant repose sur l'atteinte à ses épaules et la contusion thoracique gauche avec fracture de la neuvième et de la dixième côte à gauche. aa) A cet égard, le Dr H. _____, dont le rapport d'examen médical peut être qualifié de probant comme déjà exposé ci-dessus (consid. 6a/aa supra), retient que le recourant n'est plus apte à exercer son ancienne profession de chauffeur-livreur, mais qu'il peut travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans port de charge de plus de 10 kg, sans soulever des charges de plus de 5 kg, sans mobilité des épaules au-delà de l'horizontale et sans mouvements répétés des épaules (examen médical final du 18 janvier 2016, p. 6/7). Cette appréciation confirme les conclusions de son examen médical final du 5 février 2015. bb) Le recourant conteste disposer d'une capacité résiduelle de travail à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il se déclare « absolument pas en état de travailler » (recours, p. 3) en se référant aux rapports de son médecin traitant et du Dr X. _____. La Cour observe toutefois qu'aucun élément médical au dossier ne justifie de s'écarter de l'appréciation du Dr H. _____. Le Dr X. _____ estime depuis avril 2014 que le recourant n'est plus apte à exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur, qui exige un travail de force qu'il ne pourra pas reprendre, et qu'il devrait être reconverti dans une activité légère, sans port de charge et sans travaux en dessus de l'horizontale, s'il ne bénéficiait pas d'une rente d'invalidité une fois le traitement des lésions de ses épaules terminé. Il le répète à maintes reprises depuis ce moment-là, malgré

les nombreuses plaintes de son patient, sans envisager d'activité à temps partiel (rapports et courriers des 8 avril 2014, 5 mai 2014, 27 novembre 2014, 16 janvier 2015, 17 novembre 2015 et 12 janvier 2016). Il a même articulé un taux de travail à 100 % dans une activité adaptée dans un rapport à la Dresse T. _____ du 27 novembre 2014. Par ailleurs, il apparaît que depuis novembre 2015, voire janvier 2016 au plus tard, l'orthopédiste prolonge l'incapacité de travail du recourant plus par égard pour lui que pour de véritables raisons médicales, le temps qu'une décision soit prise à son sujet par les différentes assurances sociales appelées à se déterminer (rapport du 17 novembre 2015 et courrier du 12 janvier 2016 dans lequel il a écrit « pour ma part, je ne peux rien faire d'autre que de continuer l'arrêt de travail chez ce patient mais il faut, soit qu'il obtienne une rente AI, soit qu'on le reconvertisse dans un travail où il n'y a pas de port de charge »). De surcroît, dans tous les cas, le Dr X. _____ considérait que le recourant était capable de travailler au moment où la décision de la CNA a été rendue, le 9 juin 2016. En effet, après avoir appris que la CNA allait cesser le 31 mai 2016 de verser des indemnités journalières et de rembourser les frais de traitement, il a prolongé une ultime fois l'incapacité de travail jusqu'à cette date (courrier du 7 avril 2016 à la Dresse T. _____). Dans ce contexte, force est de constater que l'appréciation du Dr X. _____ rejoint celle du Dr H. _____, contrairement à ce que peut alléguer l'intéressé dans son recours. La Dresse T. _____ retient que le recourant n'est pas capable de travailler à plus de 60 % dans une activité adaptée sur la base des diagnostics de fracture des côtes 9 et 10 à gauche, de lésion quasi transfixiante du tendon sus-épineux à droite opéré le 1^{er} octobre 2013, de lésion partielle du tendon sus-épineux à gauche opéré le 26 août 2014, de contusions du genou des deux côtés et de raideurs cervicales (certificat du 11 septembre 2016). Cela dit, la praticienne se contente de rapporter les plaintes de son patient, sans étayer son propos sur le plan clinique. En particulier, les douleurs thoraciques invoquées ne sont objectivées par aucun élément médical. La fracture des côtes 9 et 10 à gauche est consolidée depuis de nombreuses années (rapport de radiographie du thorax face PA debout et gril costal gauche du 6 février 2013) et aucun examen ne justifie les plaintes du recourant à ce niveau. L'intéressé ne fait d'ailleurs plus état de douleurs thoraciques depuis son entretien du 20 novembre 2014 avec un inspecteur de la CNA. Il ne les a en particulier mentionnées ni lors des entretiens des 5 février 2015 et 18 janvier 2016 avec le Dr H. _____, ni lors de l'entretien du 8 octobre 2015 avec un collaborateur de la CNA. On relèvera encore que la Dresse T. _____ tient compte des cervicalgies, alors que ces lésions sont sans lien de causalité avec l'accident (consid. 6a/aa). Finalement, cette évaluation de la capacité de travail du recourant est en contradiction avec les propres prises de position passées de la praticienne – après s'être déclarée dans l'impossibilité de se prononcer sur une éventuelle reprise du travail (rapports médicaux intermédiaires des 10 avril 2013, 13 décembre 2013 et 2 juin 2014), elle a retenu que le patient pouvait « reprendre en tout cas un travail pas (trop) lourd » (rapport médical intermédiaire du 1^{er} janvier 2015) – et avec l'appréciation du Dr X. _____, alors qu'aucun élément médical nouveau n'est invoqué. Dans ce contexte, le point de vue subjectif de la Dresse T. _____, qui pourrait procéder de l'empathie du médecin traitant, ne justifie pas de s'écarter de l'avis bien motivé du Dr H. _____. cc) Au vu de ce précède, il y a lieu de retenir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles figurant dans la décision sur opposition de la CNA. c) Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise comme l'a requis le recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction

lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 2.2). 7. Il convient maintenant de vérifier le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. 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). 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 et 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 et 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 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). b) 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'invalide 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 et 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° 240 p. 980). 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, 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_216/2016 du 30 septembre 2016 consid. 5.1 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 du 19 juin 2009 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 plus de quarante DPT et en a sélectionnées cinq, à savoir surveillant de machine, ouvrier d'usine, caissier polyvalent, ouvrier et empileur. Pour chacun des postes décrits, il n'est rarement, voire jamais, nécessaire de soulever et porter des charges de plus de 5 kg, et jamais nécessaire de soulever des charges au-dessus du buste. Ces activités sont donc en adéquation avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H. _____ dans son rapport d'examen médical final du 18 janvier 2016 (p. 6/7) Les DPT choisies et la manière dont elles ont été versées au dossier sont conformes à la jurisprudence (consid. 7b supra) et ne prêtent pas flanc à la critique. Le fait que, comme souligné par le recourant (recours, p. 4), la décision attaquée ne précise pas le genre d'activité qui doit être pratiquée, n'est absolument pas problématique. En effet, il lui suffisait de consulter le dossier de la CNA tenu à sa disposition tout au long de la procédure. Une copie lui a d'ailleurs été remise sur CD-ROM par courrier du 9 juin 2016. Il y a dès lors lieu de retenir que les cinq DPT sélectionnées par l'intimée peuvent être considérées comme adaptées au handicap du recourant et qu'il en résulte un gain avec invalidité de 56'234 fr. par an. Aucun grief n'est formulé par le recourant à l'encontre du revenu sans invalidité de 60'000 fr., retenu sur la base des informations communiquées par G. _____ GmbH en février et mars 2015 (5'000 fr. x 12). Ce montant n'est pas critiquable. Tout au plus, la CNA aurait-elle pu prendre en compte l'augmentation des salaires nominaux entre 2015 et 2016 (+0.7 % ; Indice suisse des salaires 2016, Office fédéral de la statistique [OFS]) pour déterminer celui-ci. Cela aurait donné un revenu sans invalidité très légèrement supérieur (60'420 fr.), ce qui n'aurait au final eu aucun effet sur les droits du recourant comme démontré ci-dessous. La comparaison entre le revenu sans invalidité (60'000 fr.) et le revenu avec invalidité (56'234 fr.) correspond à une perte de gain de 6.27 %, de sorte que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité. Ce dernier n'aurait pas davantage droit à une rente avec la prise en compte de l'augmentation des salaires nominaux entre 2015 et 2016 (revenu sans invalidité de 60'420 fr.), la perte de gain se montant alors à 6.92 %. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être confirmée en tant qu'elle refuse une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à l'intéressé. 8. Finalement, il reste encore à examiner le taux de l'IPAI. 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 OLA 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. D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. 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_705/2010 du 15 février 2012 consid. 4.3). 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'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la 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 et 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) En l'espèce, le Dr H. _____ retient deux atteintes à l'intégrité : une lésion équivalente à une périarthrite scapulo-humérale moyenne (épaule gauche), donnant droit à une indemnisation de 10 % selon le Tableau 1 – Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs édité par la CNA, et un état équivalent à une périarthrite scapulo-humérale légère (épaule droite) ne donnant droit à aucune indemnité selon l'annexe 3 OLAA et le tableau précité (estimation de l'atteinte à l'intégrité du 5 février 2015 et rapport d'examen médical final du 18 janvier 2016, p. 7/7). Le taux de l'IPAI pour l'épaule gauche n'a jamais été contesté et doit être confirmé. Il en va de même du taux de l'IPAI pour l'épaule droite – critiqué par l'intéressé dans son opposition du 11 juillet 2016 mais plus dans son recours –, dans la mesure où aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause l'appréciation du Dr H. _____, dont le rapport doit être considéré comme probant (consid. 6a/aa supra). Il a en particulier tenu compte du fait que l'intéressé déclare encore souffrir de cette épaule lorsqu'il fait des mouvements de rétropulsion et soulève des charges. Il n'y a dès lors pas lieu d'admettre que

l'atteinte en question équivaldrait à une périarthrite scapulo-humérale moyenne. Par conséquent, l'IPAI telle que fixée par l'intimée (10 %) doit être confirmée. 9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA). c) Par décision du 15 septembre 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 9 juin 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Treyvaud. Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. Sur la base de la liste des opérations du 23 juin 2017, il convient d'arrêter à 1'980 fr. l'indemnité de Me Treyvaud, correspondant à onze heures de travail à un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 27 fr. 30 et la TVA au taux de 8 %. Cela représente un montant total de 2'167 fr. 90 (1'980 fr. + 27 fr. 30 + 160 fr. 60) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 15 juillet 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil de S._____, est arrêtée à 2'167 fr. 90 (deux mille cent soixante-sept francs et nonante centimes), débours et TVA compris. VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Paul-Arthur Treyvaud (pour S._____), ■ Me Didier Elsig (pour Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), ■ Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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