

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1091 vom 13. Dezember 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-12-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__1091

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1091 du 13 décembre 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1091 del 13 dicembre 2018

Regeste

AA, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, LIEN DE CAUSALITÉ, CAUSALITÉ ADÉQUATE | 16 LAA, 19 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 LPGA

Erwägungen

E. 13

décembre 2018 _____ Composition : Mme Di Ferro Demierre ,
présidente MM. Jomini, juge, et Bidiville, assesseur Greffière : Mme Huser *****
Cause pendante entre : Z. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Laura
Reichenbach, avocate à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents ,
à Lucerne, intimée. _____ Art. 6 LPGA ; 6 al. 1, 16 et 19 LAA E n f a i t : A.
Z. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, employé en tant
qu'aide-plâtrier auprès de l'entreprise [...], Plâtrerie-peinture, à [...], a subi un accident le 26
mars 2012 dans le cadre de son travail alors qu'il effectuait des travaux de peinture sur une
façade. Il a perdu l'équilibre tandis qu'il se trouvait sur une échelle et il s'est retenu en
portant le membre supérieur gauche en abduction contre le mur. Le 18 avril 2012, l'assuré a
consulté le Dr D. _____, médecin au sein du Centre médical W. _____, qui a attesté
une incapacité de travail à 100% dès le 17 avril 2012. En date du 18 mai 2012, ce médecin a
posé le diagnostic de tendinopathie de l'épaule gauche et de suspicion de lésion SLAP
(Superior Labrum from Anterior to Posterior, soit une lésion localisée sur le bourrelet
glénoïdien supérieur emportant l'insertion de la longue portion du biceps). Les suites de
l'accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas
d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le droit à l'indemnité a été fixé dès le 12 avril
2012. L'assuré a séjourné à la Clinique N. _____ (Clinique N. _____) à [...] du 29
août au 2 octobre 2012. Selon l'avis de sortie du 1 er octobre 2012, l'incapacité de travail a
été évaluée à 50% dès le 15 octobre 2012, avec l'accord de l'assuré. Celui-ci a repris le
travail auprès de son dernier employeur le 21 novembre 2012. Selon un entretien avec la
CNA du 11 décembre 2012, l'assuré a indiqué qu'il travaillait à un taux plus élevé que 50%
en raison des exigences de son employeur. A la suite de cette reprise, l'assuré a à nouveau
ressenti de fortes douleurs à son épaule gauche. Il a subi une nouvelle incapacité de travail à
100% dès le 21 janvier 2013. Le 7 février 2013, l'assuré a subi une arthro-IRM [imagerie
par résonance magnétique] de l'épaule gauche sous traction pratiquée par le Dr
B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil
locomoteur. Selon le rapport du 8 février 2013, cet examen a mis en évidence les lésions
suivantes: « Lésion pratiquement transfixiante du tendon sus-épineux dans sa partie
antérieure, tendons infra-épineux et sous scapulaire intacts - Long chef du biceps dans sa
gouttière - Lésion type SLAP - Absence d'atrophie musculaire ». Le médecin a proposé une

réparation arthroscopique du tendon sus-épineux avec ténodèse du long chef du biceps. Le pronostic pour les activités légères était favorable. Il persistait toutefois un risque de douleurs séquellaires à l'effort pouvant se manifester dans son activité professionnelle. L'assuré a été hospitalisé du 20 mars au 2 avril 2013 à la Clinique V. _____. Les interventions suivantes ont été effectuées par le Dr B. _____. : « arthroscopie de l'épaule gauche, biopsies intra-articulaire et sous-acromiale par arthroscopie de l'épaule gauche, synovectomie totale avec acromioplastie par arthroscopie de l'épaule gauche, mise en place d'un drainage articulaire ». Selon le rapport de sortie établi par ce médecin le 8 avril 2013, l'évolution post-opératoire a été jugée favorable. Les diagnostics suivants ont été posés: « - Arthrite septique de l'épaule gauche sur germe inconnu post arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 7 février 2013. - Lésion pratiquement transfixiante du tendon sus-épineux gauche avec tendinopathie du long chef du biceps et lésion type SLAP II. » Selon un rapport médical intermédiaire du Dr B. _____ du 18 juillet 2013, les douleurs étaient en baisse sous physiothérapie. Il persistait une impotence fonctionnelle et une baisse de force de l'épaule gauche. Du point de vue infectieux, l'évolution était favorable avec CRP (protéine C réactive) dans la norme et traitement antibiotique terminé (six semaines au total). Le 14 août 2013, l'assuré a subi une réparation arthroscopique de la coiffe avec ténodèse du long chef du biceps. Il a été hospitalisé à la Clinique V. _____ du 14 au 19 août 2013. Selon la lettre de sortie du 8 septembre 2013, l'évolution post-opératoire était simple. La suite du traitement consistait dans la poursuite de la physiothérapie sous protection du gilet orthopédique pendant six semaines. Selon le rapport médical intermédiaire du Dr B. _____ du 2 octobre 2013, les douleurs étaient en baisse progressive bien qu'encore présentes au repos. L'impotence fonctionnelle était en amélioration sous physiothérapie. Le 6 janvier 2014, le Dr B. _____ a fait état d'une évolution stagnante avec des douleurs et une fonction insatisfaisante à six mois post-opératoires. Le 22 janvier 2014, l'assuré a été examiné par le Dr M. _____, spécialiste en neurologie. L'examen médical qui comprenait un électroneuromyogramme (ENMG) n'a pas révélé de neuropathie des nerfs axillaire et supra-scapulaire gauche associée aux troubles orthopédiques. L'assuré a effectué un deuxième séjour à la Clinique N. _____ du 14 mai au 12 juin 2014. Selon le rapport de la Clinique N. _____ du 23 juin 2014, il est fait état des diagnostics suivants: « DIAGNOSTIC PRINCIPAL - Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques épaule gauche DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES - Intervention du 14.07.2013 : réparation arthroscopique du tendon supra-épineux avec ténodèse du long chef du biceps gauche - Intervention du 20.03.2013 : lavage arthroscopique de l'épaule gauche pour arthrite septique, à germe inconnu - Arthrite septique post arthro-IRM du 07.02.2013. - Tendinopathie du muscle supra-épineux, bursite sous-acromio-deltoïdienne et arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule gauche sur l'arthro IRM du 21.06.2012 - Accident au travail avec traumatisme de l'épaule gauche le 26.03.2012 COMORBIDITES - Asthme - Tunnel carpien gauche sur l'ENMG du 30.05.2014 - Tabagisme actif » Aucun diagnostic n'a été posé sur le plan psychiatrique. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient: peur de bouger l'épaule et de faire certains mouvements par crainte d'aggraver ses douleurs; patient méfiant à la suite de son précédent séjour au terme duquel une capacité de travail de 50% lui avait été reconnue, ce qui selon lui avait aggravé sa situation; hypervigilance face à tout ce que les thérapeutes lui demandaient. L'évolution subjective et objective était jugée partiellement favorable au

terme du séjour. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation était attendue dans un délai de 3 à 4 mois. Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations devait être favorable une fois la situation médicale stabilisée. Dans une telle activité, une capacité de travail totale était attendue. L'assuré a été examiné le 13 janvier 2015 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a mis en évidence une évolution extrêmement défavorable sur le plan clinique avec une quasi exclusion du membre supérieur gauche. Selon ce médecin, il était peu probable que la problématique présentée par l'assuré, compte tenu de l'étendue de sa symptomatologie, ait une origine ostéo-articulaire. Il proposait que l'assuré soit examiné par la Dresse L. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chirurgie de la main. Après avoir pris connaissance du dossier de la CNA, ce spécialiste a toutefois estimé qu'un nouvel examen n'était pas utile. L'assuré avait déjà été examiné par un neurologue et il n'y avait aucun argument pour une neuropathie périphérique. Une IRM de l'épaule gauche a été effectuée le 19 février 2015 à la Clinique V. _____ par la Dresse S. _____, spécialiste en radiologie. Le rapport du même jour faisait état des constatations suivantes : « Status post-réparation du tendon supra-épineux avec une probable petite déchirure partielle de sa face profonde, mais en diminution de taille par rapport au comparatif. Status post-ténodèse du biceps sans tendinopathie. Stabilité de l'arthropathie acromio-claviculaire débutante mais sans inflammation actuellement. Disparition de la bursite sous-acromio deltoïdienne. Absence de réapparition d'épanchement intra-articulaire ou d'une synovite gléno-humérale et sans argument indirect pour une chondropathie. » Dans un rapport intermédiaire du 2 mars 2015, le Dr B. _____ indiquait que l'assuré était suivi au Centre de psychiatrie K. _____ à [...] en raison d'une baisse de moral. Le 6 juillet 2015, l'assuré a subi un examen médical, effectué par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie. Au terme d'un examen complet, ce médecin a considéré que la situation sur le plan médical était stabilisée. Les constatations objectives ne permettaient que très partiellement d'expliquer la symptomatologie présentée par l'assuré. Le rapport du 20 juillet 2015 comporte notamment les constatations suivantes : « Objectivement à l'examen en orthostase, l'épaule G est légèrement plus basse que l'épaule D. La palpation des apophyses épineuses cervicales et dorsales hautes ainsi que de la musculature para-vertébrale cervicale et dorsale haute est douloureuse. Atrophie de toute la musculature de la ceinture scapulaire G. La palpation de toutes la ceinture scapulaire G est douloureuse. Durant l'examen, le patient « remet » très souvent « en place » son épaule G en prenant son bras G à l'aide de la main D et en le soulevant un peu. Abduction active des épaules : 180° à D, 70° à G. Antépulsion des épaules : 180° à D, 50° à G avec expression de douleurs intenses. Rotation externe coudes au corps : 50° à D, 45° à G mais le simple maintien du bras G accolé au tronc avec le coude G fléchi à 90° apparaît comme être très douloureux au niveau de l'épaule G et, dans une moindre mesure, au niveau du coude G. Rotation globale interne avec le pouce atteignant D5 à D et difficilement L5 à G. L'examen ostéo-articulaire des deux coudes, poignets et mains est symétrique avec des amplitudes articulaires physiologiques mais chaque mouvement du MSG, que ce soit au niveau du coude, du poignet ou des doigts, est accompagné d'une contracture et de contorsions partant de la ceinture scapulaire G. Pas d'atrophie musculaire du bras et de l'avant-bras G mais importante diminution de force de préhension et au Key-pinch à G. A noter que pour prendre en main le dynamomètre de Jamar ou pour effectuer le Key-pinch à

G, le patient soutient son avant-bras G à l'aide de sa main D. Le patient décrit une légère hyposensibilité à l'effleurement de tout le MSG. Passivement, je n'arrive pas à dépasser une abduction et une antépuulsion de 90° de l'épaule G, le patient arrive par contre à élever son MSG à environ 120° d'antépuulsion et d'abduction, à l'aide de son MSD ; à ces degrés d'élévation en antépuulsion, le patient déclare que la douleur l'empêche d'aller plus haut sans que l'épaule ne paraisse bloquée à ce niveau. » Selon le Dr R. _____, en fonction des séquelles objectives résultant de l'accident du 26 mars 2012, l'activité d'aide-plâtrier n'était plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de mouvement de force du MSG accolé au tronc, correspondant au port de charges de plus de 5 kg, pas de fréquent mouvement du MSG éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif de rotation interne/externe bras accolé au tronc et pas de mouvement du MSG au-dessus du niveau des épaules) de l'assuré, la capacité de travail, en relation avec les séquelles objectivables de l'accident, restait entière. Ce médecin a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à 15% au motif que le patient conservait une épaule gauche mobile jusqu'à l'horizontale (table 1 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA concernant les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs). Les 24 juillet et 28 septembre 2015, le Dr B. _____ a attesté une incapacité totale de travail du 1^{er} août au 31 octobre 2015, puis jusqu'au 31 janvier 2016. Le 11 septembre 2015, la CNA a informé l'assuré que la situation sur le plan médical était stabilisée et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration significative de son état de santé. Par conséquent, elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière ainsi qu'aux frais de traitement à compter du 30 septembre 2015. Dans la mesure où l'assuré avait le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, le montant de cette indemnité allait lui être communiqué par pli séparé. Le 4 novembre 2015, l'assuré a contesté l'appréciation médicale selon laquelle il avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il exposait qu'il était en incapacité totale de travailler, selon le certificat de son médecin traitant du 28 septembre 2015. Le 21 novembre 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a informé l'assuré qu'il allait procéder à l'examen de ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et de sa capacité de travail afin d'évaluer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le 25 janvier 2016, l'assuré, représenté par un mandataire juridique, a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire en faisant valoir qu'il avait subi une atteinte sur le plan psychiatrique à la suite de l'accident du 26 mars 2012. Par décision du 29 décembre 2016, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité transitoire de 12% dès le 1^{er} octobre 2015 et jusqu'à ce que l'assurance-invalidité se soit prononcée sur la question de l'éventuel reclassement professionnel. Il était précisé qu'à l'issue des mesures de réadaptation, respectivement lorsque l'assurance-invalidité aurait pris une décision quant au reclassement, la CNA procéderait à l'évaluation définitive de l'invalidité et rendrait une nouvelle décision. La CNA a également octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, soit un montant de 18'900 fr. (calculée en fonction d'un gain annuel de 126'000 fr.). La CNA a retenu que le gain de valide pour l'année 2015 se serait élevé à 61'217 fr. 65. Dans une activité adaptée de type très léger, évitant les mouvements répétés de rotation de l'épaule gauche, sans mouvement du bras gauche au-dessus du niveau des épaules, elle a estimé que l'assuré pouvait réaliser un revenu résiduel mensuel moyen d'environ 4'509 fr. (part du 13^e salaire incluse), en se fondant sur cinq descriptifs de postes, en tant que collaborateur de production comme contrôleur (DPT n° 11554), dans le domaine du décolletage (DPT n° 5788), sur machines automatiques

(DPT n° 362411), comme monteur (DPT n° 8464) ou en tant qu'ouvrier en horlogerie (DPT n° 11587). Le 26 janvier 2017, l'assuré a formé opposition à la décision du 29 décembre 2016. Il contestait en substance avoir une quelconque capacité de travail résiduelle dans une activité qui solliciterait son bras gauche. Il faisait également valoir une atteinte sur le plan psychiatrique en raison de l'accident. Il a produit divers rapports médicaux, dont un rapport du Dr B. _____ du 10 novembre 2015 qui faisait suite à un questionnaire adressé par l'assuré et qui mentionnait que ce dernier avait une capacité résiduelle théorique de travail dans une activité ne nécessitant pas de mobiliser son épaule gauche et dont la durée devrait être adaptée en fonction de l'apparition de la fatigue et des douleurs (questionnaire du 10 novembre 2015). L'assuré a également produit un rapport du

E. 17

mai 2016 de son psychiatre traitant, le Dr Q. _____, qui posait les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques (F45.41), ainsi que de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.80). Selon ce médecin, l'accident était l'élément déclencheur des troubles psychiques de l'assuré, avec toutefois une prédisposition qui pouvait jouer un rôle important dans la survenue des troubles. La capacité de travail était estimée à 100% depuis 2014 dans une activité adaptée qui tenait compte des troubles psychiques. Les limitations concernaient des difficultés relationnelles avec autrui, une hostilité difficilement maîtrisable, des difficultés à gérer ses émotions, une hypersensibilité au stress et des décompensations dépressives épisodiques plus importantes. Il était dès lors souhaitable, selon le psychiatre, que l'assuré fût épargné des activités professionnelles en contact avec la clientèle, qui exigeaient une endurance et de la précision, ainsi que celles qui impliquaient un stress important, de la rapidité, une adaptation permanente ou des tâches complexes. Le Dr B. _____ a encore transmis un rapport médical daté du 7 mars 2017 à la suite d'une consultation de l'assuré du 2 mars 2017. Le médecin évoquait une évolution inchangée avec la persistance d'une épaule pseudo-paralytique accompagnée d'une parésie de tout le membre gauche supérieur. Il précisait que sur la base de la problématique orthopédique de l'épaule gauche, la parésie de tout le membre supérieur était difficilement explicable. La CNA a rendu une décision sur opposition le 4 mai 2017, rejetant l'opposition. Elle a qualifié l'accident de gravité moyenne à la limite des accidents insignifiants. Pour cette catégorie, la jurisprudence du Tribunal fédéral a fixé des critères qui permettent de retenir un lien de causalité adéquate entre l'événement et les troubles psychiques. En l'espèce, la CNA a nié que ces critères étaient remplis dans leur plus grand nombre ou de façon frappante de sorte que l'existence d'un lien de causalité entre l'accident survenu le 26 mars 2012 et les troubles psychiques dont souffrait l'assuré n'était pas établie. L'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée devait par conséquent être examinée uniquement en fonction des séquelles physiques de l'accident. Or, il n'y avait pas de motifs de mettre en doute les limitations fonctionnelles retenues par le Dr R. _____ dans son rapport du 20 juillet 2015. La CNA relevait à cet égard que le médecin traitant du recourant avait reconnu que la parésie de tout le membre supérieur gauche était difficilement explicable sur le plan orthopédique. Les douleurs ressenties par l'assuré, qui ne s'expliquaient pas par les séquelles physiques de l'accident, ne pouvaient pas être prises en considération pour évaluer la capacité de travail résiduelle du recourant. Pour fixer le revenu résiduel, la CNA a pris en compte les limitations fonctionnelles reconnues par le Dr R. _____, soit des emplois légers, n'impliquant que le port de charges très légères et permettant de ménager le membre

supérieur gauche. Après comparaison du revenu résiduel et du revenu présumable perdu, le taux de la rente d'invalidité provisoire fixé à 12% était confirmé. B. Par acte du 6 juin 2017, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 4 mai 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), en concluant à la réforme de cette décision en ce sens que la rente LAA soit calculée en tenant compte de sa situation physique, psychique et morale actuelle. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante. A l'appui de son recours, le recourant reprend les arguments développés dans son opposition du 26 janvier 2017. Par décision du 5 octobre 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme requis, avec effet au 4 octobre 2017. La CNA a répondu au recours le 11 octobre 2017, en concluant à son rejet. Le recourant, désormais représenté par un avocat, a déposé une réplique le 29 décembre 2017. Il conteste que son état de santé se soit stabilisé au 30 septembre 2015. Il se réfère à un rapport de son médecin traitant du 20 janvier 2016 qui fait état d'une dégradation de la situation du membre supérieur gauche (déconditionnement musculaire avec une importante atrophie globale de la ceinture musculaire) à la suite de l'arrêt de la physiothérapie. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, visant à se prononcer sur le principe de la causalité, sur les sources de la symptomatologie présentée, ainsi que sur l'étendue de la prise en charge et des traitements encore nécessaires. Le recourant conteste par ailleurs que les activités retenues par la CNA soient compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Il fait valoir qu'il existe un lien de causalité adéquate entre l'atteinte à sa santé psychique et l'accident; il réitère sa demande de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique visant à établir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident du 26 mars 2012. La CNA a dupliqué le 25 janvier 2018. Elle estime que le grief relatif à la stabilisation de la situation médicale en lien avec les séquelles de l'accident est tardif et qu'il sort du cadre de l'objet du litige. Elle considère au demeurant que l'appréciation du médecin d'arrondissement selon laquelle l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 septembre 2015 ne prête pas le flanc à la critique, compte tenu des éléments médicaux au dossier. Elle rappelle que le Dr B. _____, dans son rapport du 2 mars 2015, n'avait formulé aucune proposition de traitement, hormis une IRM déjà réalisée et sans particularité. La CNA estime également que les activités retenues pour déterminer le revenu résiduel du recourant sont compatibles avec les limitations fonctionnelles, telles qu'elles ont été reconnues par le Dr R. _____ dans son rapport du 20 juillet 2015. Elle conteste à nouveau l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, estimant que celui-ci doit être qualifié d'insignifiant. 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 (art. 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 du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) devant l'autorité compétente et respecte pour le surplus les autres conditions de

forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. L'objet du litige est circonscrit à la rente d'invalidité transitoire reconnue par la CNA dans sa décision du 29 décembre 2015, confirmée par décision sur opposition du 4 mai 2017. En revanche, ni dans son opposition ni dans son recours, le recourant n'a contesté l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI de 15%) reconnue par la CNA, si bien qu'il n'y a pas lieu d'y revenir. 3. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (voir let. a à e). Quant à l'art. 16 LAA, il dispose que l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède. 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. Selon l'alinéa 3 de cette disposition, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard, ce qui est le cas en l'espèce. b) Au stade de sa réplique, le recourant remet en cause la date à laquelle la rente d'invalidité transitoire a pris effet, soit le 1^{er} octobre 2015. Il estime qu'à cette date, son état de santé n'était pas stabilisé. L'autorité intimée fait valoir que ce grief est tardif et qu'il sort du cadre de l'objet du litige. Le recourant ne peut pas prendre des conclusions qui sortent du cadre fixé par la décision attaquée (art. 79 al. 2 LPA-VD). En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références; TF 8C_751/2017 du 24 juillet 2017 consid. 4.2). Dans sa décision du 29 décembre 2016, la CNA a octroyé une rente d'invalidité transitoire en vertu des art. 19 al. 3 LAA et 30 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du

E. 20

décembre 1982 ; RS 832.202) qui prévoient que le droit à la rente transitoire 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 mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. La décision de cesser l'octroi des indemnités journalières au 30 septembre 2015 en raison d'un état de santé stabilisé du recourant n'a pas fait l'objet d'une décision formelle mais elle résulte de l'ouverture du droit à la rente d'invalidité transitoire au 1^{er} octobre 2015, selon la décision du 29 décembre 2016. Dans son opposition du 26 janvier 2017, ainsi que dans son recours, le recourant a contesté la rente non seulement sous l'angle du degré d'invalidité mais aussi – à

tout le moins de manière implicite – de la naissance du droit à la rente. Il s'est en effet prévalu des incapacités de travail à 100% attestées par le Dr B. _____ après la date du 30 septembre 2015 et du rapport de ce médecin du 20 janvier 2016 qui faisait état d'une péjoration de son membre supérieur gauche. Il y a dès lors lieu d'entrer en matière sur ce grief.

3. a) Selon la jurisprudence, l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références; TF 8C_819/2017 du 25 septembre 2018 consid. 4.1). Par sensible amélioration 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; TF 8C_735/2010 du 10 août 2011).

b) Sur le plan orthopédique, le recourant a été opéré les 20 mars et 14 août 2013 de l'épaule gauche (arthroscopie avec synovectomie, bursectomie, acromioplastie, arthrolyse arthroscopique avec capsulotomie, ténodèse du long chef du biceps et réparation arthroscopique du tendon sus-épineux de l'épaule gauche). Le traitement postopératoire a consisté essentiellement en des séances de physiothérapie entre juin 2013 et juin 2015 ainsi qu'en un traitement médicamenteux (antalgiques à la demande). Le recourant a bénéficié également de séances d'ergothérapie et d'électrostimulation par Compex. Durant son séjour à la Clinique V. _____ du 20 mars au 4 avril 2013, le recourant a également été traité par antibiothérapie en raison d'une arthrite septique de l'épaule gauche sur germe inconnu post arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 7 février 2013. L'évolution a été favorable. Le recourant a ensuite séjourné à la Clinique N. _____ entre mai et juin 2014. A la fin du séjour, les médecins ont estimé que la situation médicale n'était pas stabilisée mais qu'elle le serait dans un délai de 3 à 4 mois. Ils ont prescrit un traitement à base d'antalgique (Dafalgan) et de physiothérapie 2 à 3 fois par semaine. Le recourant a bénéficié de séances de physiothérapie sur une période plus étendue jusqu'en juin 2015. Lorsqu'il a été vu par le médecin d'arrondissement pour examen final en juillet 2015, le recourant a déclaré que son traitement à cette date consistait uniquement en la prise d'antalgique (Dafalgan) et d'un antidépresseur (Cipralax) prescrit par son psychiatre. Les séances de physiothérapie s'étaient terminées et il n'avait plus revu le Dr B. _____ depuis plusieurs mois. Dans son rapport intermédiaire du 2 mars 2015, ce médecin avait constaté que l'évolution était inchangée. Une nouvelle IRM avait montré un tendon en continuité mais hétérogène, ce qui démontrait la présence d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs qu'il proposait de traiter conservativement. Aucun autre traitement n'avait été proposé par ce médecin à la suite des résultats de l'IRM du 19 février 2015. Ainsi, la dernière intervention chirurgicale (août 2013) remonte à près de deux ans avant le constat par le médecin d'arrondissement que l'état de santé du recourant s'était stabilisé (juillet 2015) et ce constat date de près de trois ans et demi après l'accident (mars 2012). Depuis cette dernière intervention, le traitement a consisté pour l'essentiel en séances de physiothérapie et prise d'anti-douleurs. Le recourant se prévaut du rapport de Dr B. _____ du 20 janvier 2016 qui fait état d'une dégradation de la situation du membre supérieur gauche (déconditionnement musculaire avec une importante atrophie globale de la ceinture musculaire) à la suite de l'arrêt de la physiothérapie. Ce rapport est postérieur à l'avis du médecin d'arrondissement de juillet 2015. Il ne fait pas état d'une aggravation sensible sur le plan orthopédique de l'état du recourant. Dans son rapport du mois de mars 2015 et dans ses rapports ultérieurs, le Dr B. _____ ne propose aucun traitement pouvant

améliorer sensiblement la situation. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments et en l'absence de traitement susceptible d'améliorer sensiblement l'état du recourant – ce qui n'est au demeurant pas contesté par le médecin traitant –, l'appréciation du médecin d'arrondissement selon laquelle l'état du recourant sur le plan orthopédique était stabilisé au 30 septembre 2015 ne prête pas le flanc à la critique.

4. Le recourant soutient qu'il existe un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques qu'il présente, attestés par son psychiatre, et l'accident du 26 mars 2012.

a) La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa; TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.3) : - 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 des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler (à tout le moins trois critères, cf. TF 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 4.3) ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa; TF 8C_899/2010 du 14 juillet 2011 consid. 5.1).

b) La CNA a modifié son appréciation quant à la qualification de l'accident. En effet, alors que dans la décision attaquée, elle avait retenu un accident de gravité moyenne, à la limite de la banalité, elle retient désormais, dans ses mémoires de réponse et de duplique, un accident de peu de gravité. Cela étant, même si l'on

retient un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, classification qui n'est d'ailleurs pas discutée par le recourant, il faut que les critères retenus par la jurisprudence se cumulent ou revêtent une intensité particulière pour admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. En l'occurrence, l'accident du 26 mars 2012 subi par le recourant est un accident de chantier ordinaire. Le recourant a en effet été déstabilisé alors qu'il se trouvait sur une échelle et il s'est retenu contre le mur le bras gauche levé pour ne pas tomber. Le recourant ne prétend pas qu'il existerait des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou que l'accident aurait revêtu un caractère particulièrement impressionnant. Le recourant ne soutient pas non plus que le type de lésions subies, en raison de leur gravité ou de leur nature seraient propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, ce qui n'est pas le cas. La question de la durée anormalement longue du traitement médical peut se poser. Le traitement a duré plusieurs années. Il a toutefois consisté hormis les deux interventions chirurgicales subies par le recourant en mars et août 2013, essentiellement dans un traitement de physiothérapie et la prise d'antalgiques. Ce type de traitement, même pendant une certaine durée ne suffit pas à admettre le critère de la durée anormalement longue du traitement médical (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3). Le recourant se prévaut également de complications. Il a en effet développé une arthrite septique de l'épaule gauche à la suite d'une arthro-IRM pratiquée en février 2013. Certes, il s'agit d'une complication qui peut avoir des conséquences graves. Toutefois, dans le cas du recourant, elle a été traitée et a évolué favorablement. Il n'est ainsi pas établi que les douleurs ressenties par le recourant s'expliquent par l'arthrite septique dont il a été victime. Le recourant se prévaut en outre d'erreurs dans le traitement médical qui auraient entraîné selon lui une aggravation notable des séquelles de l'accident. Selon lui, le fait qu'il ait repris le travail en novembre 2012 au motif que la CNA lui avait reconnu une capacité de travail de 50% dans son ancienne activité dès le 15 octobre 2012 aurait drastiquement péjoré son état de santé, l'empêchant d'avoir une guérison « normale ». Dans son rapport du 8 février 2013 qui faisait suite à la reprise de travail du recourant (de novembre 2012 à janvier 2013), le Dr B. _____ a fait état d'une « Lésion pratiquement transfixiante du tendon sus-épineux dans sa partie antérieure » qui n'avait pas été diagnostiquée auparavant. Le recourant a toutefois reconnu qu'il avait travaillé à plus de 50%, soit pratiquement à 100% depuis la reprise de son travail le 21 novembre 2012 et jusqu'à son arrêt de travail du 21 janvier 2013. On ne saurait dans ces conditions inférer que la capacité de travail reconnue par la Clinique N. _____ (50%) n'était pas exigible et qu'elle est à l'origine de l'aggravation de la situation dont se plaint le recourant à la suite de sa reprise de travail, puisqu'il admet n'avoir pas respecté le taux d'activité préconisé par la Clinique N. _____. Le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne se mesurent pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, ce critère n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). En l'occurrence, une capacité de travail entière a été reconnue au recourant dans une activité adaptée; elle est déjà évoquée dans le rapport de la Clinique N. _____ du 23 juin 2014 à brève échéance (soit 3 à 4 mois). Cela étant, même en admettant que ce critère soit réalisé, compte tenu de la durée de l'incapacité de travail, il ne revêt à l'évidence pas une intensité particulière. La condition du cumul de trois critères au moins ou d'un critère revêtant une intensité particulière fait donc défaut en l'espèce. La causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident doit donc être niée et il n'est pas nécessaire dans ces

conditions d'examiner si la causalité naturelle est réalisée. Il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, puisqu'en l'absence de rapport de causalité adéquate, cette preuve n'est pas utile. 5. Le recourant conteste l'évaluation de son degré d'invalidité. Il estime que les activités retenues par la CNA pour déterminer le revenu d'invalidé ne respectent pas ses limitations fonctionnelles et psychiques. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsqu'après la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a repris aucune activité lucrative ou aucune activité normalement exigible –, comme c'est le cas en l'espèce, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales résultant des DPT (description de postes de travail dans un fichier généré par la CNA) ou des données statistiques issues de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires édictée par l'Office fédéral de la statistique; ATF 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1). Dans ce cas, 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 exiger 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 eux (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). En l'espèce, l'autorité intimée a respecté les conditions imposées par la jurisprudence pour pouvoir se référer valablement aux DPT. Elle a produit cinq DPT qui tiennent compte des limitations fonctionnelles du recourant décrites par le médecin d'arrondissement dans son rapport du 20 juillet 2015 (pas de mouvement de force du membre supérieur gauche accolé au tronc, correspondant au port de charges de plus de 5 kg, pas de fréquent mouvement du membre supérieur gauche éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif de rotation interne/externe bras accolé au tronc et pas de mouvement du membre supérieur gauche au-dessus du niveau des épaules). Les limitations psychiques dont se prévaut le recourant n'ont pas à être prises en compte pour déterminer l'activité adaptée, dans la mesure où les troubles psychiques ne sont pas en lien avec l'accident (cf. supra, consid. 4). Les DPT retenus n'impliquent que des activités légères avec un port de charges jusqu'à 5 kg et permettent de ménager le membre supérieur gauche. Les douleurs et la fatigue évoquées par le médecin traitant, qui ne peuvent pas s'expliquer par les séquelles physiques de l'accident, ne sauraient être prises en compte pour évaluer le taux exigible dans une activité adaptée. Il s'ensuit que la détermination du revenu d'invalidé n'est pas critiquable et que la détermination de la rente, sur cette base, ne viole pas le droit fédéral. 6. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, il convient de statuer sur l'indemnité due à son conseil d'office (art. 18 al. 5 LPA-VD; art. 39 al. 5 du Code de droit privé judiciaire vaudois du 12 janvier 2010 [CDPJ; RSV 211.02] et art. 2 al. 4 du règlement du Tribunal cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile [RAJ; RSV 211.02.3]). Cette indemnité doit en l'occurrence être arrêtée sur la base du tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ). Dans sa liste des opérations du 5 avril 2018, le conseil d'office du recourant a annoncé avoir consacré à l'affaire un temps total de 24h25, dont 12h30 pour la rédaction de la réplique. L'avocate d'office n'a pas rédigé le recours mais uniquement la réplique. Cette écriture fait 16 pages dont la moitié porte sur des allégations de fait, qui ne sont pas nouvelles, l'avocate se référant uniquement aux pièces de la cause. L'argumentation juridique ne contient quasiment aucune référence de jurisprudence ou de doctrine. Il y a donc lieu de prendre en compte, pour la rédaction de cette écriture, une durée de 4 heures. Au total, il faut retenir un nombre de 16 heures arrondi (24h25 - 8h30), dont 14

heures effectuées en 2017, auxquelles il faut ajouter la TVA au taux de 7.7%, soit 2'714 fr. 05, et 2 heures effectuées en 2018, plus la TVA de 8%, soit 388 fr. 80, ce qui fait un total de 3'102 fr. 85. Il convient encore d'y ajouter un montant forfaitaire de 100 fr. à titre de débours (art. 3 al. 3 RAJ), ce qui porte le montant total de l'indemnité à 3'202 fr. 85. Cette rémunération est provisoirement assumée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ). La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, ni d'allouer des dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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