

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 604 vom 25. August 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__604

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 604 du 25 août 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 604 del 25 agosto 2020

Regeste

DROIT D'ÊTRE ENTENDU, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ACCIDENT, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL} | 29 al. 2 Cst., 18 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, 17 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 25.08.2020 Arrêt / 2020 / 604

DROIT D'ÊTRE ENTENDU, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ACCIDENT, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL} | 29 al. 2 Cst., 18 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, 17 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 108/19 - 122/2020 ZA19.036947 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 25 août 2020 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard , présidente Mmes Röthenbacher et Pasche, juges Greffière: Mme Raetz ***** Cause pendante entre : O. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat à Montreux, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 29 al. 2 Cst. ; 17 LPGA ; 18 et 24 LAA. E n f a i t : A. O. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé en 1988 par l'entreprise K. _____ en tant qu'opérateur sur machine à souder à 100 %. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 18 février 2005, l'assuré est tombé d'un escabeau et s'est notamment blessé à l'épaule et au poignet droits. L'intéressé a subi une décompression du canal carpien droit et une excision d'un kyste synovial à la main droite le 18 janvier 2006. Le Prof. M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics d'arthropathie, de rupture partielle du long biceps avec luxation médiale, de rupture de la partie haute du sous-scapulaire, ainsi que de rupture transfixiante du sus-épineux droit. Le 30 mars 2006, il a procédé à une résection claviculaire distale, une acromioplastie, une ténodèse du long biceps, une réparation de la partie haute du sous-scapulaire et une réparation transosseuse du sus-épineux droit (cf. lettre de sortie du 3 avril 2006 établie par le Prof. M. _____). Après une période d'incapacité de travail, l'assuré a repris son emploi à 50 % le 18 mars 2007, alternant entre des périodes d'activité et d'arrêt de travail. Le 3 mai 2007, le Dr T. _____, médecin praticien, a relevé que les différentes approches thérapeutiques tentées n'avaient pas apporté de changement dans la symptomatologie du patient. Il s'agissait d'une situation de trouble somatoforme douloureux débordant la lésion initiale. Il

n'y avait pas de mesure chirurgicale ou de mesures conservatrices à mettre en œuvre. Le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen de l'assuré. Dans un rapport du 21 mai 2007, il a retenu une pleine capacité de travail dans toute activité n'exigeant pas de sollicitations soutenues du bras [droit] au-dessus de l'horizontale, ni de manutention dépassant 10 kg, et permettant d'alterner les positions. Il a indiqué que la limitation constatée au niveau de l'épaule droite était moins grave que celle observée pour une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale, laquelle était indemnisée à 10 % selon la table 1 « Indemnisation des atteintes à l'intégrité » de la CNA. Elle était en revanche plus grave qu'une périarthrite scapulo-humérale légère, laquelle n'était pas indemnisée. Le spécialiste a ainsi retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 7,5 %, tenant également compte de légers troubles douloureux résiduels au niveau de la main droite. Par décision du 21 novembre 2007, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 22 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %. Elle a expliqué qu'il conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère ne nécessitant pas des manutentions supérieures à 10 kg, ni de sollicitations du bras au-dessus de l'horizontale, et permettant d'alterner les positions. Une telle activité lui permettrait d'obtenir un salaire mensuel de 4'350 fr. qui, comparé au gain réalisable sans l'accident (5'600 fr., fixé sur la base des informations transmises par l'employeur), aboutissait à une perte de l'ordre de 22 %. Cette décision est entrée en force. L'assuré a poursuivi son activité habituelle au taux de 50 %. Dans l'intervalle, le 11 juin 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Celui-ci a nié le droit à des prestations (cf. décision du 29 juin 2009). B. Le 16 août 2009, l'assuré s'est blessé à l'épaule gauche en mettant un bateau à l'eau pour porter secours à ses proches. La CNA a pris le cas en charge. Après une période d'incapacité totale de travail, l'assuré a repris son emploi à 50 % dès le 23 septembre 2009. Le 23 mars 2010, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du Valais, lequel a maintenu le refus de rente (cf. décision du 15 novembre 2010). Dans un rapport du 27 avril 2011, le Prof. M. _____ a relevé que l'assuré souffrait de cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre de lésions de la coiffe des rotateurs des deux côtés et du long biceps à gauche. L'origine était multifactorielle. Il n'y avait pas d'indication à une approche chirurgicale. Faisant suite au conseil de la CNA, l'assuré a consulté la Dre U. _____, psychiatre, à deux reprises en octobre 2011. Celle-ci a retenu qu'il ne présentait pas d'élément faisant suspecter un diagnostic psychiatrique. La discussion serait plutôt centrée sur un éventuel trouble de somatisation. Il n'y avait toutefois pas d'argument dans ce sens, le patient étant bien inséré dans une vie sociale, professionnelle et familiale. Les douleurs étaient intégrées à son quotidien et il semblait satisfait de sa vie malgré les difficultés (cf. rapport du 27 janvier 2012). Le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 28 mars 2012. Dans un rapport du même jour, il a observé une certaine discordance entre l'ampleur des plaintes et l'état des épaules, lesquelles avaient conservé une bonne fonction. Rien ne s'opposait à ce que l'assuré reprenne son activité habituelle « dans une large proportion ». L'assuré a séjourné à la G. _____ (ci-après : la G. _____) du 11 avril au 8 mai 2012. Dans un rapport du 18 mai 2012, les Drs C. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et X. _____, médecin, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies bilatérales persistantes. Ils ont expliqué que l'assuré s'était auto-limité à l'examen clinique

et avait une tendance à la catastrophisation. La situation était stabilisée du point de vue médical. L'intéressé travaillait à 50 % dans un poste considéré comme adapté, ce qui était raisonnable. Il y avait des limitations fonctionnelles quant au port de charges lourdes, aux travaux au-dessus de l'horizontale et engendrant des mouvements répétitifs, rotatoires et en pousser-tirer. Aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu. Dans un rapport final du 14 novembre 2012, le Dr Z. _____ a relevé que l'assuré pouvait travailler dans le cadre de la rente qui lui était allouée. La situation correspondait, du point de vue fonctionnel, à une omarthrose toute débutante. Ainsi, selon la table 5 du barème de la CNA, un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % pouvait être fixé pour l'épaule gauche. Par décision du 16 novembre 2012, la CNA a mis fin à la prise en charge des soins médicaux avec effet au 31 décembre 2012. Elle a maintenu le versement de la rente de 25 [recte : 22] %, en expliquant que les séquelles de l'accident du 16 août 2009 ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante. Elle a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 5 %. Cette décision est entrée en force. C. Le 14 avril 2015, l'assuré a glissé et s'est à nouveau blessé à l'épaule gauche. Il a subi une arthroscopie de cette épaule, une synovectomie, un complément de ténotomie du biceps, une suture du labrum, ainsi qu'une acromioplastie le 9 novembre 2015. Le Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté une incapacité totale de travail (cf. rapport du 12 novembre 2015). Le 1^{er} décembre 2015, le Dr Z. _____ a considéré que cette intervention pouvait être prise en charge par la CNA en tant que rechute de l'accident de 2009. Par courrier du 8 décembre 2015 à l'assuré, la CNA a informé prester pour les suites de l'accident du 16 août 2009. Le 31 janvier 2017, le Dr T. _____ a relevé un syndrome douloureux chronique diffus multifocal, qui s'inscrivait certainement dans un tableau de fibromyalgie. Il n'avait pas prévu de traitement pour le moment. A la suite de la faillite de l'employeur de l'assuré, les rapports de travail ont été résiliés en juillet 2017. Le 4 juillet 2017, le Dr A. _____ a annoncé que l'évolution était caractérisée par un statu quo, voire était défavorable chez le patient, lequel présentait toujours des douleurs mécaniques au niveau de l'épaule gauche. Une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) avait mis en évidence une déchirure au niveau de la partie antérieure du sus-épineux. Une intervention chirurgicale était indiquée. Le Dr A. _____ a pratiqué une arthroscopie de l'épaule gauche, une synovectomie, une résection partielle d'une déchirure labrale puis une synovectomie sous-acromiale, ainsi qu'une acromioplastie le 12 juillet 2017 (cf. protocole opératoire du 14 juillet 2017). Le 4 août 2017, la Dre D. _____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que les troubles au niveau de l'épaule gauche, qui avaient conduit à l'opération du 12 juillet 2017, étaient en relation de causalité avec l'événement du 16 août 2009. Il s'agissait d'une rechute. La CNA devait prendre en charge cette intervention. Faisant suite à cet avis, la CNA a pris en charge le cas et a versé des indemnités journalières à compter du 12 juillet 2017. L'assuré a à nouveau séjourné à la G. _____, du 14 novembre au 19 décembre 2017. Dans un rapport du 3 janvier 2018, les Drs W. _____, rhumatologue, et L. _____, médecin, ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes et limitation fonctionnelle des deux épaules. Ils n'ont pas proposé de nouvelle intervention. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois à quatre mois. Les médecins ont noté des incohérences aux tests réalisés. Ils ont considéré que l'ancienne activité de soudeur ne pouvait pas être reprise. En revanche, dans une activité adaptée, le patient présentait une capacité de travail entière. Des facteurs contextuels risquaient de compliquer la reprise professionnelle. Il s'agissait notamment d'une kinésiophobie, d'une catastrophisation et de

l'absence de contrat de travail. Les limitations fonctionnelles, définitives, étaient les suivantes : pas de travail répétitif et/ou prolongé au-dessus du plan des épaules ou avec les membres supérieurs en porte-à-faux, pas de port de charges répétitif et/ou prolongé supérieur à 10 kg. Au plan psychiatrique, aucun diagnostic n'était retenu. Par décision du 19 mars 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande déposée le 29 novembre 2017 par l'assuré, en expliquant que la situation ne s'était pas modifiée depuis sa dernière décision. Dans le cadre de cette procédure, le Dr A. _____ avait proposé à l'OAI la mise en place rapide d'une reconversion professionnelle. L'emploi devait éviter le port de charges, le travail « en-dessus de 90° » et permettre du repos (cf. rapport du 5 mars 2018). Le 23 avril 2018, le Dr A. _____ a écrit à la CNA que le traitement était considéré comme terminé du point de vue orthopédique. Dans un rapport du 14 mai 2018, le Dr T. _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique de l'épaule droite, de status après arthroscopie de l'épaule gauche en 2015 et reprise de l'arthroscopie pour lésion labrale en 2017, de tendinopathie chronique et de fibromyalgie. La situation était stagnante. Une poursuite de la physiothérapie serait utile pour aider le patient à soulager son syndrome douloureux. La Dre D. _____ a procédé à un examen final de l'assuré le 7 juin 2018. Dans un rapport du 12 juin 2018, elle a observé, en lien avec les examens réalisés par les médecins de la G. _____ en 2017 et par le Dr T. _____ en 2018, que les mesures (mobilité et force des épaules) étaient très hétéroclites, variables en fonction du type d'examen clinique, et également au cours du même examen. Elle a ajouté avoir constaté d'importantes discordances avec les mouvements spontanés effectués par l'assuré au cours de l'anamnèse et du status. Ces différences entraient dans le cadre d'un trouble fonctionnel et non organique. L'assuré présentait des douleurs persistantes avec une impotence fonctionnelle de son épaule gauche, dont toutes les manifestations ne pouvaient pas être expliquées par des lésions objectivables. Des facteurs extra-médicaux et contextuels, notamment une kinésiophobie, une catastrophisation élevée et la volonté de l'assuré de ne pas travailler à 100 % permettaient d'expliquer ces nombreuses discordances. L'état était stabilisé. Il n'y avait plus de traitement médical ou chirurgical pouvant améliorer de façon manifeste son état de santé. Une activité dans la métallurgie n'était plus exigible. La capacité de travail demeurait entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, soit sans travail répétitif et/ou prolongé au-dessus du plan des épaules ou avec les membres supérieurs en porte-à-faux, sans port de charges répétitif et/ou prolongé supérieur à 10 kg du sol à la taille, et sans port de charges de plus de 5 kg de la taille jusqu'au-dessus de l'épaule (sic). Enfin, il n'y avait pas d'aggravation manifeste et objective de l'état des épaules qui pourrait modifier les indemnités des atteintes à l'intégrité déjà allouées. Par courrier du 15 juin 2018, la CNA a mis fin à la prise en charge des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 juin 2018. Elle a expliqué que l'examen médical effectué avait révélé que l'assuré n'avait plus besoin de traitement. Le 30 octobre 2018, la Dre D. _____ a indiqué que le traitement de Palexia et la physiothérapie à raison de deux séances mensuelles permettaient d'éviter une aggravation aiguë de l'état de santé. Ils devaient être pris en charge, avec une réévaluation dans trois ans, respectivement une année. Par décision du 12 décembre 2018, la CNA a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de 22 % déjà versée et l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire. Elle a expliqué que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit sans port de charges supérieures à 5 kg, sans travaux répétitifs et prolongés au-dessus du plan des épaules ou en porte-à-faux avec les membres supérieurs. Une telle activité lui permettrait de réaliser un salaire annuel (61'853 fr.) qui, comparé au

gain réalisable sans accident (67'861 fr.), aboutissait à une perte de 8,85 %, inférieure à celle de 22 % fixée pour les suites de l'accident de 2005. Par ailleurs, il n'y avait pas d'aggravation manifeste et objective qui pourrait modifier l'évaluation des indemnités pour atteinte à l'intégrité déjà versées en 2007 et 2012. Par courrier du 17 décembre 2018, la CNA a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation des mesures thérapeutiques une sensible amélioration de l'état de santé. Elle était toutefois disposée à faire un geste et à rembourser l'anti-douleur Palexia et deux séances mensuelles de physiothérapie, sur prescription médicale. Le 28 janvier 2019, l'assuré, par CAP Protection juridique, s'est opposé à la décision du 12 décembre 2018 et a requis de la CNA qu'elle lui transmette son dossier. Celle-ci s'est exécutée le 4 février 2019. Le 7 mai 2019, désormais représenté par Me Aba Neeman, l'assuré a soutenu qu'il ne disposait d'aucune capacité de gain faute d'activité adaptée à son handicap. Une rente de 100 % devait lui être allouée. La dernière IRM réalisée montrait des tendons très abimés. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise et un nouvel examen à la CNA. Par la suite, il a transmis les documents suivants :

- un rapport établi le 4 février 2019 par le Dr F. _____, médecin assistant à l'H. _____, relevant que les radiographies de l'épaule gauche montraient une arthrose gléno-humérale débutante avec élévation de la tête humérale modérée, une sclérose du footprint du supra-épineux et un status après résection sous-acromiale ; celles de l'épaule droite mettaient en évidence un début d'arthrose gléno-humérale, une sclérose du footprint du supra-épineux, ainsi qu'une calcification dans la portion acromiale du ligament coraco-huméral ;
- des rapports des 26 et 27 février 2019 de radiologues du J. _____, faisant suite à des arthro-IRM des épaules ;
- un rapport du 7 mars 2019 des Drs M. _____ et F. _____, selon lequel les douleurs diffuses du patient n'étaient pas expliquées par les lésions retrouvées à l'arthro-IRM ; ils n'avaient pas de solution chirurgicale à proposer et recommandaient une éventuelle prise en charge par une équipe d'antalgie ou en médecine de réadaptation.

Le 16 juillet 2019, la Dre D. _____ a indiqué que les documents transmis confirmaient les conclusions du rapport d'examen final s'agissant de la capacité de travail et de l'absence d'aggravation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il n'y avait aucun changement concernant le traitement à long terme. Le 17 juillet 2019, la CNA a reçu un rapport du 11 juillet 2019 du Dr T. _____, observant qu'il n'avait pas de solution à proposer au patient, si ce n'était la poursuite de l'accompagnement en physiothérapie bimensuel. Par décision sur opposition du 18 juillet 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, en se référant à l'appréciation de la Dre D. _____ quant à sa capacité de travail et au taux de l'atteinte à l'intégrité. La CNA a ajouté que selon le Prof. M. _____, les douleurs diffuses ne pouvaient pas être expliquées par les lésions retrouvées à l'arthro-IRM. Il n'avait retenu aucune solution chirurgicale. La CNA a estimé que d'autres mesures d'instruction ne se révélaient pas nécessaires. Elle a ajouté qu'elle pouvait statuer sur un litige sans devoir recourir à une expertise externe. Les assurés n'avaient pas de droit à la mise en œuvre d'expertises confiées à des médecins indépendants de l'institution d'assurance. Par ailleurs, le revenu avec invalidité avait été fixé sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). D. Par acte du 19 août 2019, O. _____, toujours représenté par Me Neeman, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme « en ce sens que [s]es douleurs [soient] reconnues comme étant d'origine accidentel[le] et qu'il [lui soit] alloué les prestations auxquelles il [avait] droit en vertu de la loi sur l'assurance-accidents ». Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour

instruction complémentaire puis nouvelle décision au sens des considérants. Il a fait valoir que l'intimée n'avait pas mis en œuvre l'expertise qu'il avait requise, alors que les rapports médicaux au dossier étaient divergents, et qu'elle n'avait en outre pas motivé ce refus, de sorte qu'elle avait doublement violé son droit d'être entendu. Il a encore reproché à la CNA d'avoir nié la relation de causalité entre ses atteintes et les accidents de 2005 et 2009, sans examiner s'il pouvait être question d'une rechute ou de séquelles tardives. Elle avait seulement pris en compte le rapport du Prof. M. _____ indiquant que les douleurs ne pouvaient être expliquées par l'imagerie. Cela ne voulait néanmoins pas dire qu'elles n'étaient pas en lien de causalité avec ces accidents. Par ailleurs, le recourant a critiqué le revenu avec invalidité fixé par la CNA, en soutenant que ce montant était illusoire puisqu'aucun employeur ne voulait l'engager au vu de ses limitations fonctionnelles. Il convenait plutôt de retenir qu'il ne disposait d'aucune capacité de gain faute d'activité adaptée à son handicap, de sorte qu'une rente entière devait lui être allouée. De plus, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 % était justifiée. Le recourant a notamment joint un rapport du 10 décembre 2018 du Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant suite à une consultation unique le 30 novembre 2018. Le Dr P. _____ indiquait avoir trouvé à l'examen clinique un patient en état général conservé, extrêmement démonstratif en raison des douleurs, et dans l'incapacité d'effectuer un quelconque test clinique pour évaluer la problématique. Le médecin ajoutait qu'en l'absence d'examen radiologique et d'imagerie récente, il était quasiment impossible de se prononcer. En réponse aux questions posées par CAP Protection juridique, il retenait que l'assuré était dans l'incapacité d'effectuer une quelconque activité en raison des douleurs et de l'impotence fonctionnelle. Il proposait d'effectuer une nouvelle évaluation à la CNA ou de mettre en œuvre une expertise. Par décision du 9 octobre 2019, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 août 2019, soit l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Neeman. Le recourant a été astreint à verser une franchise mensuelle de 100 fr. à compter du 1^{er} novembre 2019. Dans sa réponse du 25 octobre 2019, l'intimée, par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Par réplique du 5 décembre 2019, le recourant a encore fait valoir une violation de son droit d'être entendu en lien avec les bases de calcul du revenu avec invalidité fixé par la CNA. Par ailleurs, même si aucune opération n'était envisagée, il bénéficiait encore de traitements pour atténuer ses douleurs et améliorer sa mobilité, sous forme de médicaments et de kinésithérapie. Le Dr S. _____, médecin généraliste traitant, avait attesté une incapacité totale de travail. Enfin, malgré l'aide des autorités de chômage, il n'avait pas trouvé de travail adapté à son état de santé. Il a déposé un lot de pièces, dont une feuille-accident LAA, sur laquelle le Dr S. _____ avait certifié une incapacité totale de travail à partir du 14 novembre 2017. Le 13 janvier 2020, l'intimée a maintenu sa position. Me Neeman a transmis la liste de ses opérations le 30 juin 2020. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles

prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à celle de 22 % déjà octroyée, ainsi qu'à une nouvelle indemnité pour atteinte à l'intégrité. 3. Dans un moyen de nature formelle, l'assuré se plaint de violations de son droit d'être entendu au motif que la CNA n'a pas mis en œuvre l'expertise qu'il avait requise dans le cadre de son opposition, et n'a pas motivé ce refus. Il soutient qu'elle n'a pas non plus fourni de renseignements détaillés au sujet du montant du revenu d'invalidité qu'elle a retenu. a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond. Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). b) aa) En l'espèce, concernant tout d'abord un prétendu défaut de motivation quant au refus de mise en œuvre d'une expertise, il convient de relever que la CNA a bel et bien expliqué les raisons pour lesquelles elle n'avait pas procédé à une telle mesure d'instruction. En effet, elle a indiqué qu'au vu des pièces au dossier, en particulier des rapports de la Dre D. _____ et de celui établi le 7 mars 2019 par le Prof. M. _____, d'autres mesures d'instruction ne se révélaient pas nécessaires pour statuer. La CNA a encore précisé que les assurés ne disposaient pas d'un droit à la mise en œuvre d'expertises confiées à des médecins indépendants de l'institution d'assurance. Elle a ainsi motivé à satisfaction sa position. Quant au grief soulevé par le recourant en lien avec le refus en tant que tel de donner suite à sa requête d'expertise, il relève de l'appréciation des preuves plutôt que de la violation du droit d'être entendu. Cela doit donc être examiné avec le fond du litige. bb) Le recourant reproche encore à la CNA d'avoir fourni des indications insuffisantes sur le calcul du revenu d'invalidité, puisqu'elle s'est limitée à mentionner qu'il avait été fixé sur la base des données salariales résultant des DPT. Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidité fondée sur des DPT tirées de la base de données interne de la CNA doit reposer sur au moins cinq descriptions de postes de travail adaptés au handicap de la personne assurée. Celles-ci, de même que le nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, le salaire le plus haut, le salaire le plus bas, et le

salaires moyens du groupe auquel il est fait référence, doivent figurer au dossier. La personne assurée doit pouvoir prendre connaissance de ces renseignements de manière à pouvoir présenter d'éventuelles objections dans la procédure d'opposition (ATF 139 V 592 consid. 6.3 et 129 V 472 consid. 4). Comme le relève le recourant, la décision sur opposition litigieuse ne contient pas de détails sur les DPT ayant fondé le calcul du revenu d'invalidité. Toutefois, elle permet de comprendre quelle méthode a utilisé la CNA pour déterminer ce revenu. En outre, à la suite de l'opposition de l'assuré, alors représenté par CAP Protection juridique, la CNA lui a transmis son dossier. Celui-ci comprenait notamment les cinq DPT sur lesquelles elle s'était basée, de même que les renseignements complémentaires exigés par la jurisprudence. L'assuré et son mandataire ont donc pu prendre connaissance de ces éléments de sorte à pouvoir être en mesure de les contester utilement dans le courrier complétant l'opposition, puis dans l'acte de recours. c) Au vu de ce qui précède, le recourant ne peut se prévaloir de violations de son droit d'être entendu. 4. L'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 in initio LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – 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 (art. 19 al. 1 LAA). Pour la période postérieure à la fixation de la rente d'invalidité, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières est régi par l'art. 21 LAA. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 5. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5). 6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1).

7. a) En l'espèce, à la suite d'un premier accident le 18 février 2005, lors duquel l'assuré s'est notamment blessé à l'épaule droite, la CNA lui a alloué une rente d'invalidité de 22 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 % (cf. décision du 21 novembre 2007). Après un autre accident le 16 août 2009, impliquant l'épaule gauche, la CNA a maintenu le versement de la rente de 22 % et a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % (cf. décision du 16 novembre 2012). Le 14 avril 2015, l'assuré a eu un nouvel accident et a dû subir deux opérations à l'épaule gauche, les 9 novembre 2015 et 12 juillet 2017. Contrairement à ce qu'il soutient, la CNA a considéré qu'il s'agissait d'une rechute et a admis que ces interventions étaient en lien de causalité avec l'accident de 2009. Elle a pris en charge le cas et a notamment versé des indemnités journalières (cf. art. 21 al. 3 LAA). Par la suite, elle a constaté que l'état de santé était stabilisé au 30 juin 2018 et a dès lors examiné si la rente octroyée précédemment devait être modifiée. Elle a confirmé l'allocation d'une telle rente. La CNA n'a donc pas remis en cause le lien de causalité entre les accidents subis par le recourant et ses atteintes, puisqu'elle a maintenu le droit à la rente.

b) Pour le surplus, la position de la CNA ne prête pas flanc à la critique. Il y a effectivement lieu d'admettre que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 30 juin 2018. Tous les médecins s'accordent sur ce point. Dans leur rapport du 3 janvier 2018, les spécialistes de la G._____ ont retenu qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois à quatre mois. Le 23 avril 2018, le Dr A._____ a annoncé que le traitement était terminé du point de vue orthopédique. Quant à la Dre D._____, elle a observé lors de son examen en juin 2018 que l'état de santé était stabilisé (cf. rapport du 12 juin 2018). Le Dr T._____ a pour sa part indiqué que la situation était stagnante et qu'il n'avait d'autre solution à proposer que la continuation de la physiothérapie afin de soulager son patient (cf. rapports des 14 mai 2018 et 11 juillet 2019). La poursuite d'une physiothérapie de maintien et la prise d'anti-douleurs ne permettent pas de considérer que la situation n'est pas stabilisée. Ces traitements sont pris en charge par l'intimée et n'ont donc pas à être discutés ici. Pour examiner le droit du recourant à la rente, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer son taux d'invalidité s'est produit depuis la décision du 21 novembre 2007. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en

force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec, notamment, une comparaison des revenus conformes au droit. La décision rendue en 2012 n'est quant à elle pas fondée sur ce dernier point, la CNA s'étant limitée à considérer que les séquelles ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante. Par sa décision de 2007, la CNA a retenu que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère ne nécessitant pas des manutentions supérieures à 10 kg, ni de sollicitations du bras [droit] au-dessus de l'horizontale, et permettant d'alterner les positions. Cette décision, non contestée, reposait principalement sur l'appréciation du Dr B. _____ (cf. rapport du 21 mai 2007). En 2012 et 2017, au cours de séjours du recourant à la G. _____, les médecins ont désormais fait état de lésions aux deux épaules. Les limitations fonctionnelles qu'ils retenaient, liées au port de charges lourdes et au travail au-dessus du plan des épaules, étaient pour l'essentiel superposables à celles définies par le Dr B. _____, mais concernaient les deux épaules. Les médecins de la G. _____ ont retenu une tendance à la catastrophisation. En 2017, ils ont indiqué que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée. La Dre D. _____ a pour sa part également constaté une pleine capacité de travail dans une telle activité. Les limitations fonctionnelles qu'elle a décrites sont globalement semblables à celles exposées par ses confrères de la G. _____. Son rapport du 12 juin 2018 fait suite à un examen complet du recourant et expose de manière précise les plaintes qu'il a exprimées. En outre, ce rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, laquelle est très détaillée, et tient compte de l'appréciation des autres médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de l'assuré, ainsi que des documents d'imagerie. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. En particulier, la Dre D. _____ a indiqué que les mesures (mobilité et force des épaules) réalisées par les différents médecins ayant examiné le recourant étaient très hétéroclites, variables en fonction du type d'examen clinique et également au cours du même examen. La Dre D. _____ a ajouté qu'il y avait une incohérence entre ces mesures et les mouvements spontanés de l'assuré qu'elle avait observés au cours de l'anamnèse et du status. Elle avait également été frappée par une discordance entre les plaintes rapportées par l'intéressé et les constatations faites lors de son examen, comme l'avait déjà relevé le Dr Z. _____ en 2012. Elle a retenu que ces différences entraient dans le cadre d'un trouble fonctionnel et non organique. Elle a expliqué cela, notamment, par plusieurs éléments déjà mis en évidence par les médecins de la G. _____ en 2012 et 2017, soit une catastrophisation élevée et une kinésiophobie. Les Drs M. _____ et F. _____ ont pour leur part également relevé que les douleurs ne s'expliquaient pas par l'imagerie (cf. rapport du 7 mars 2019). La Dre D. _____ a écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux mentionné par le Dr T. _____, qui ne serait d'ailleurs pas nouveau, puisque ce médecin le retenait déjà à partir de 2007 (cf. en particulier, rapport du 3 mai 2007). Au final, la Dre D. _____ a rejoint l'appréciation des médecins de la G. _____ de 2017, en constatant que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ses conclusions sont convaincantes et bien motivées. En définitive, son rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier à ses conclusions. Les autres documents médicaux figurant au dossier ne permettent pas de remettre en cause ce qui précède. En particulier, le rapport établi le 10 décembre 2018 par le Dr P. _____ n'est pas suffisant pour admettre une incapacité de travail dans toute activité. En effet, ce médecin a tout d'abord expliqué qu'il n'avait pas pu faire effectuer à l'assuré un quelconque test clinique pour évaluer sa problématique. Le patient était extrêmement

démonstratif en raison des douleurs. Le Dr P. _____ a ajouté qu'en l'absence d'examen radiologique et d'imagerie récente, il était pour lui quasiment impossible de se prononcer. Toutefois, en réponse aux questions de CAP Protection juridique, il s'est tout de même déterminé, en évoquant une incapacité totale de travail dans toute activité. Cette appréciation n'est aucunement motivée et ne saurait dès lors être retenue. Par ailleurs, le seul fait que le Dr S. _____, médecin généraliste traitant, a délivré des certificats d'incapacité totale de travail, ne signifie pas encore que l'assuré ne peut pas exercer une activité adaptée à son état de santé. Enfin, ni le Dr T. _____, ni le Dr A. _____ ne se sont prononcés sur le taux de capacité de travail dans une telle activité. Ce dernier a néanmoins encouragé une reconversion professionnelle et a retenu des limitations fonctionnelles globalement semblables à celles susmentionnées, soit notamment s'agissant du port de charges et du travail au-dessus de l'horizontale (cf. rapport du 5 mars 2018). Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la CNA a refusé de mettre en œuvre une expertise, les éléments disponibles étant suffisants pour lui permettre de rendre une décision en toute connaissance de cause. Contrairement à ce que soutient le recourant, la CNA ne s'est en aucun cas fondée sur la seule évaluation du Prof. M. _____, selon laquelle les douleurs n'étaient pas expliquées par les lésions retrouvées à l'imagerie. En outre, le fait que le Dr P. _____ – dont l'évaluation, non étayée, doit être écartée – a mentionné l'opportunité d'une expertise ne suffit pas à conclure qu'une telle mesure d'instruction devait être mise en œuvre. Enfin, comme l'a relevé la CNA, les assurés n'ont pas de droit à cet égard. En définitive, on doit admettre, à l'instar de la CNA, que l'assuré conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles liées aux épaules.

8. Il convient d'examiner le préjudice économique subi par le recourant. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré est certes théorique et abstraite, mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2). Pour fixer le revenu d'invalide, on se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalide, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées).

b) En l'occurrence, l'intimée a fixé le revenu d'invalide à 61'853 fr. sur la base des données salariales résultant de cinq DPT adaptées aux limitations du recourant décrites par la Dre D. _____. Ces DPT ne sont pas critiquables et n'ont d'ailleurs pas été contestées en tant que telles par ce dernier. Il s'est limité à soutenir que ce montant était illusoire puisqu'aucun employeur ne voulait l'engager au vu de ses limitations. Il a dès lors estimé ne disposer d'aucune capacité de gain. Toutefois, le fait qu'il n'a pas réussi à trouver d'emploi adapté,

même avec l'aide des autorités de chômage, ne permet pas de conclure d'emblée à un revenu d'invalidé nul. En effet, la CNA n'a pas à examiner la question de savoir s'il peut effectivement être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail. En l'occurrence, si les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles peuvent diminuer dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'elles rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées à ses limitations et accessibles sans formation spécifique. On peut citer, par exemple, des activités dans le domaine de la production, comme tourneur-rectifieur dans la réalisation de pièces mécaniques. En définitive, le revenu d'invalidé de 61'853 fr doit être confirmé. Il en va de même du revenu sans invalidité de 67'861 fr., lequel n'a au demeurant pas été contesté. Il résulte de la comparaison de ces revenus un préjudice économique de 8,85 %, inférieur à celui de 22 % déterminé par la CNA dans sa décision du 21 novembre 2007. Ainsi, en tant qu'elle maintient la rente d'invalidité de 22 %, la décision sur opposition litigieuse n'est pas critiquable.

9. Le recourant a encore conclu à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 %. 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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). 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_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). b) En l'espèce, s'agissant notamment de l'épaule droite, le Dr B._____ avait retenu en 2007 un taux d'atteinte à l'intégrité de 7,5 %. En 2012, pour l'épaule gauche, le Dr Z._____ avait fixé un taux de 5 %. La CNA a versé les indemnités correspondantes. La Dre D._____ a constaté qu'il n'y avait pas d'aggravation manifeste et objective de l'état des épaules propre à modifier l'appréciation de ses confrères. Pour ce faire, elle s'est notamment fondée sur les examens cliniques effectués par les médecins de la G._____, le Dr T._____, et par ses soins, ainsi que sur les éléments radiologiques et d'imagerie (cf. rapports des 12 juin 2018 et 16 juillet 2019). Ses conclusions se basent sur une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité, au terme d'un rapport probant qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause (cf. consid. 7b supra), et son complément. Le taux d'atteinte à l'intégrité de 50 % dont se prévaut le recourant ne repose pas sur l'appréciation d'un médecin, mais sur son propre sentiment, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en cause les considérations qui précèdent. Par conséquent, le refus de l'intimée d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire n'est pas critiquable.

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des

indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 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 [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). En l'occurrence, Me Neeman a déposé la liste de ses opérations le 30 juin 2020, totalisant 14,56 heures de travail, ainsi que 501 fr. de débours hors TVA. Le temps consacré pour chaque poste mentionné apparaît correct et justifié. S'agissant des débours, il convient toutefois d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le montant de l'indemnité de Me Neeman est donc arrêté à 2'620 fr. 80 concernant ses honoraires (correspondant à 14,56 heures x 180 fr.), auquel s'ajoute une somme forfaitaire de 131 fr. 05 pour les débours, et la TVA par 211 fr. 90, soit un total de 2'963 fr. 75. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 18 juillet 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. IV. L'indemnité d'office de Me Aba Neeman est arrêtée à 2'963 fr. 75 (deux mille neuf cent soixante-trois francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris. V. 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 Aba Neeman (pour O. _____) ■ Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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