

VD_GERICHTE ZA10.007068 vom 3. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA10.007068

FR: VD_GERICHTE ZA10.007068 du 3 novembre 2010

IT: VD_GERICHTE ZA10.007068 del 3 novembre 2010

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 26/10 - 121/2010 CO UR DE S ASSURANCES S
OCIALES _____ Arrêt du 3 novembre
2010 _____ Présidence de M. ABRECHT Juges : M. Bonard et Mme
Férolles, assesseurs Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer ***** Cause pendante entre :
X. _____, à Vevey, recourant, représenté par Me Irène Wettstein Martin, avocate audit
lieu, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____
Art. 8 al. 1 LPGA, 16 LPGA et 18 al. 1 LAA

- 2 - E n f a i t : A. a) X. _____, né le 13 mars 1955, marié et père de famille, travaillait
en qualité de maçon (chef d'équipe) pour le compte de l'entreprise de bâtiment et génie
civil [...], à Clarens. Le 9 mai 2001, il a été victime d'un accident professionnel. Alors qu'il
descendait un talus, il a glissé et chuté violemment en arrière. Il en est résulté, au niveau de
l'épaule droite, un craquement, des douleurs aiguës et une impotence fonctionnelle
immédiate. Le cas, annoncé par déclaration d'accident LAA signée le 11 mai 2001 par
l'employeur, a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas
d'accidents (ci-après : CNA). La Dresse [...], médecin assistante à l'Hôpital [...], où l'assuré
avait bénéficié des premiers soins, a établi le 13 juillet 2001 un rapport médical LAA dans
lequel elle posait le diagnostic de contusion de l'épaule droite. b) Dans un rapport médical
du 8 août 2001, le Dr R. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué
qu'il avait fait procéder à une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule
droite de l'assuré, laquelle avait mis en évidence une minime déchirure du sus-épineux ainsi
qu'une déchirure franche du sous- scapulaire, lésions parfaitement concordantes avec
l'examen clinique. Etais également relevée une hypoesthésie sur le territoire du nerf
axillaire au niveau du deltoïde, sans altération de la fonction motrice à ce niveau. Compte
tenu de ces atteintes, ce spécialiste estimait qu'il y avait clairement indication à une
intervention chirurgicale sous forme d'une acromioplastie et d'une suture des tendons de la
coiffe des rotateurs, même si le traitement entrepris (sous la forme d'infiltrations et de
séances de physiothérapie) avait nettement amélioré la mobilité de l'épaule. c) Dans un
rapport d'examen du 12 décembre 2001, le Dr N. _____, spécialiste FMH en chirurgie
orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté que la fonction de l'épaule
était

- 3 - bien restituée, malgré la persistance de quelques points douloureux et d'une petite zone
d'hypoesthésie, laquelle était néanmoins en décours et ne dérangeait pas l'assuré. Au vu de
l'amélioration progressive constatée, le médecin de la CNA fixait la capacité de travail à
50% depuis le 17 décembre 2001 et à 100% dès le 17 janvier 2002. d) La reprise du travail
s'est toutefois avérée difficile dans l'activité de maçon, où certains gestes étaient
complètement impossibles, comme l'a constaté le Dr R. _____ dans un rapport médical

du 6 mars 2002 par lequel il adressait l'assuré au Dr S._____. Dans un rapport établi le 5 avril 2002 à l'intention du Dr R._____, le Dr S._____, médecin adjoint au sein du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre [...], a posé le diagnostic de lésion du long chef du biceps, au niveau de la gouttière bicipitale, rupture partielle du sous-scapulaire droit, et proposé un traitement chirurgical. Le 29 octobre 2002, le Dr R._____ a pratiqué une acromioplastie et une suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. e) Le Dr N._____ a une nouvelle fois examiné l'assuré le 9 mai 2003, afin de procéder à une évaluation de sa capacité de travail. Dans son rapport d'examen du même jour, le médecin de la CNA a relevé que l'évolution post-opératoire s'était finalement révélée favorable, malgré un départ initial difficile, avec une amélioration des douleurs et une récupération satisfaisante de l'amplitude articulaire au-dessus de l'horizontale. Il observait toutefois des troubles douloureux mécaniques persistants, notamment lors des mouvements de rotation de l'épaule, et soupçonnait une irritation résiduelle au niveau du sous-épineux, voire une neuropathie sus-scapulaire associée. Il préconisait une hospitalisation à la Clinique Z._____, dans le but de préciser l'étiologie des troubles douloureux, de poursuivre la rééducation fonctionnelle de l'épaule et d'établir un pronostic quant à une éventuelle reprise du travail. La

- 4 - capacité de travail était fixée à 0% en attendant l'entrée dans cet établissement. f) L'assuré a été hospitalisé à la Clinique Z._____ du 28 mai au 2 juillet 2003. Dans un rapport médical du 14 août 2003, les médecins de la Clinique Z._____ ont posé le diagnostic d'acromioplastie et de suture du tendon musculaire sous-scapulaire droit et mentionné à titre de comorbidités la cécité de l'œil gauche suite à un traumatisme à l'âge de quinze ans, ainsi qu'une cataracte opérée en 1984. Ils ont relevé que l'assuré était à même d'effectuer des travaux légers et que son employeur était disposé à adapter son poste de travail comme chef d'équipe en conséquence. D'entente avec l'intéressé, il a donc été décidé qu'il reprendrait son travail à plein temps, mais avec un rendement de 50% excluant le port de charges lourdes et les travaux répétés en élévation. Le rapport concluait que la situation médicale n'était pas stabilisée, dès lors que des gains étaient encore escomptés grâce à la physiothérapie au niveau de la douleur, de la force musculaire et de l'endurance. g) Le 23 septembre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport médical du 29 septembre 2003, le Dr R._____ a estimé la capacité de travail de l'assuré à 50% depuis le 3 juillet 2003. Le Dr N._____ a réexaminé l'assuré le 10 novembre 2003. Dans son rapport d'examen du même jour, il a notamment exposé ce qui suit : « On se trouve chez cet assuré à environ 18 mois d'un accident s'étant soldé par une lésion de la coiffe des rotateurs, opérée le 20.10.2002. A un peu plus d'une année de l'opération, l'évolution peut être considérée comme favorable sur le plan de la mobilité de l'épaule qui a récupéré une amplitude proche de la normale en élévation et en abduction. La récupération est moins bonne pour les rotations. Subjectivement il subsiste une symptomatologie douloureuse de l'épaule qui tend à se chronifier.

- 5 - Des troubles douloureux cervicaux se sont également greffés sur l'évolution et il subsiste à l'examen de ce jour un léger syndrome cervical. Il s'agit là d'une comorbidité indépendante de l'accident. En ce qui concerne l'épaule, nous ne voyons pas de traitement susceptible, à ce stade, d'améliorer de façon notable la situation actuelle, dont on peut s'attendre à ce qu'elle s'améliore légèrement avec le temps, de façon spontanée. Nous proposons dès lors à la Suva, de procéder au bouclage assécurologique du cas. La

capacité de travail à 100% et à 50% du rendement, telle qu'évaluée par nos services extérieurs dans le travail actuel, ne pourra que difficilement se modifier à long terme et devrait être admise. Une pleine capacité de travail serait certainement exigible dans un travail n'exigeant pas de sollicitation du bras au dessus de l'horizontale ni de manutention à 2 mains ou dépassant 10 kg ». h) Le Dr R. _____ a attesté, dans un certificat médical établi le 26 mars 2004, que l'assuré était en incapacité de travail à 100% dès cette date et pour une durée indéterminée. Selon un compte rendu établi par la CNA le 14 avril 2004 ensuite d'un entretien téléphonique avec l'employeur de l'intéressé, cet arrêt de travail était dû aux suites de l'accident de 2001 : l'assuré avait le bras en écharpe et une nouvelle intervention chirurgicale était évoquée. Selon son employeur, il n'avait jamais atteint le taux de rendement médico-théorique de 50% depuis sa reprise, mais bien plutôt un taux de l'ordre de 20 à 25 pour-cent. Cela était notamment dû au fait que, bien que chef d'équipe, l'assuré était obligé de travailler comme les autres ouvriers, l'entreprise n'ayant plus de grands chantiers. Interpellé par le Dr R. _____ quant à l'opportunité d'un nouveau geste chirurgical, le Dr S. _____ a établi le 11 mai 2004 un rapport médical dans lequel il posait le diagnostic de cervico-brachialgies droites. Ce praticien précisait qu'il n'avait pas mis en évidence de signe d'incapacité de la coiffe des rotateurs et que compte tenu du caractère diffus des douleurs qui touchaient également l'omoplate et la région cervicale, il ne retenait pas d'indication à une révision chirurgicale, dont le résultat serait imprévisible. i) L'assuré a fait un stage d'évaluation de ses aptitudes à la réadaptation professionnelle auprès du Centre d'intégration

- 6 - professionnelle (ci-après : CIP) de Genève du 23 août au 22 novembre 2004. Il résulte d'un rapport intermédiaire de l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) du 10 novembre 2004 que les trois premiers mois ont permis un rendement de 70% sur un plein temps pouvant s'améliorer à 90% selon l'orientation. Cette dernière n'avait toutefois pas encore pu être finalisée, dès lors que l'assuré présentait d'importantes limitations, souffrait d'une cécité à l'œil gauche et était presque mono-manuel. Le stage a été prolongé du 23 novembre 2004 jusqu'au 20 février 2005 sous la forme de mesures d'orientation professionnelle. Dans un rapport du 23 décembre 2004, le CIP a exposé ce qui suit : « Le précédent rapport OSER concluait à la possibilité de reclasser M. X. _____ dans le circuit économique normal. L'évaluation faite en atelier confirmait les avis médicaux, en retenant une capacité de travail proche de la normale, dans une activité légère, sans utilisation répétitive ou au-dessus de l'horizontale du membre supérieur droit et ne demandant pas une grande acuité visuelle. Malheureusement, M. X. _____ ne partage pas l'évaluation ci- dessus. Il est très plaintif et se présente comme mono-manuel, n'utilisant pratiquement pas son bras droit. Un premier stage en entreprise, en qualité de gestionnaire de stock dans une entreprise de vente de fournitures du bâtiment, avait échoué pour ces raisons. Les maîtres de réadaptation du CIP avaient alors rappelé à l'assuré la capacité de travail retenue et l'avaient enjoint à fournir tous les efforts possibles en vue de mettre en pratique cette capacité résiduelle. Un nouveau mandat ESPACE de 3 mois avait été demandé en ce sens. Au cours de ce nouveau mandat, un stage dans un domaine moins exigeant physiquement, dans la même entreprise mais dans un poste plus administratif, a été effectué. Le bilan de stage est négatif, l'assuré se plaint de vertiges, de fatigue oculaire, de maux de tête, d'oreille. Malgré une réduction d'horaire, les rendements ne sont pas exploitables, de 20 à 30% sur un plein temps. Dans ces conditions, une poursuite des stages en entreprise ne servirait à rien, d'autant que l'assuré ne s'estime pas capable de travailler plus de 2 heures par jour ». Dans un rapport final du 14 janvier 2005, l'OAI a considéré que

même si la CNA retenait une pleine capacité de travail exigible, celle-ci concernait les seules suites de l'accident, et que vu l'existence d'une cécité de l'œil gauche et de troubles statiques et dégénératifs du rachis, il paraissait primordial que les médecins du Service médical régional AI (ci-

- 7 - après : SMR) se prononcent en tenant compte de l'ensemble du tableau médical. j) Dans un rapport médical du 25 avril 2005 adressé à l'OAI, le Dr R._____ a constaté une persistance des limitations fonctionnelles et des douleurs cervico-brachiales du membre supérieur droit non systématisées, associées à des vertiges d'origine indéterminée. Ce praticien considérait que l'évolution était globalement défavorable, mais qu'il était tout à fait possible de trouver une activité professionnelle adaptée à la situation où le patient pourrait ménager son membre supérieur droit. k) Dans un rapport médical du 15 juin 2005 adressé à l'OAI, le Dr [...], spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a estimé qu'il était clair que son patient était totalement inapte au travail dans son activité professionnelle antérieure ; une activité ménageant le rachis et surtout ne nécessitant pas l'emploi du membre supérieur droit était envisageable, moyennant une diminution de rendement de 50 pour-cent. Dans un rapport médical du 6 mai 2005, la Dresse [...], ophtalmologue, a exposé que l'assuré présentait un œil gauche aphake, quelques lésions rétinienne ainsi qu'un strabisme engendrant une diplopie. Il était précisé que la diplopie, en cours de traitement, entraînait une fatigabilité visuelle accrue en cas de travaux sur ordinateur et pouvait provoquer une gêne occasionnant des maux de tête. Cela étant, il n'y avait aucune autre raison d'origine ophtalmique permettant d'expliquer les céphalées dont était victime l'intéressé. l) Dans un rapport d'examen du 9 novembre 2005, le Dr [...] du SMR, spécialiste FMH en anesthésiologie, a exposé que l'atteinte principale à la santé consistait en des douleurs et limitations fonctionnelles séquellaires après rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et acromioplastie. Les pathologies associées du ressort de l'AI étaient des dorso-lombalgies communes et des cervico-brachialgies, qui

- 8 - n'influençaient pas la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de port de charges, pas de mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements de rotation répétitifs du membre supérieur droit, possibilité d'alterner les positions, tenir compte des difficultés visuelles (pas de vision binoculaire). Le rapport d'examen du SMR fait référence à un examen pratiqué le 16 juin 2005 par le Dr [...], spécialiste FMH en rhumatologie, qui n'apportait aucun nouvel élément en ce qui concernait l'atteinte de l'épaule droite, de sorte que l'appréciation de la CNA quant à la capacité de travail dans une activité adaptée (100%) restait valable. B. a) Par décision du 17 mai 2005, confirmée par décision sur opposition du 4 août 2005, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 28% avec effet dès le 1er mars 2005. b) L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Dans le cadre de ce recours, il a produit un rapport d'expertise privée établi le 7 février 2006 par le Dr E._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce spécialiste y posait les diagnostics de persistance des lésions anatomiques post-traumatiques, soit rupture du tiers supérieur du tendon du muscle sous-scapulaire avec atrophie des fibres musculaires correspondantes et luxation de la partie haute du tendon long chef du biceps, de dysfonction secondaire de l'épaule dans son ensemble (avec dyskinésie scapulaire) et répercussion rachidienne due aux insertions des muscles suspenseurs de l'omoplate, de status après acromioplastie et suture d'une lésion longitudinale (et non pas transverse du tendon du muscle sous-scapulaire) et, enfin, de possible status après algodystrophie, au vu de

l'hypoperfusion tissulaire documentée lors de la scintigraphie, et d'une possible neuropathie du nerf axillaire. Selon ce spécialiste, des investigations médicales supplémentaires étaient nécessaires, sous la forme d'un examen neurologique détaillé dans le but de clarifier la présence ou l'absence de signe de lésion en particulier du nerf axillaire, ainsi que d'une arthroscopie de l'épaule, qui était la meilleure alternative pour confirmer les lésions anatomiques diagnostiquées par les examens

- 9 - IRM. Concernant la capacité de travail résiduelle de l'assuré, l'expert estimait qu'elle était inférieure à 50% dans son activité habituelle, ce dont attestait l'échec de la tentative de reprise à ce taux. L'assuré pouvait à son sens exercer une activité adaptée aux capacités d'un manchot qui avait perdu l'usage de son membre dominant, ce qui correspondait à l'appréciation formulée après le stage mis en œuvre par le CIP. c) La CNA a indiqué, dans sa duplique du 24 avril 2006, qu'au vu du rapport établi par le Dr E. _____, elle acquiesçait partiellement au recours en ce sens qu'elle allait reprendre l'instruction médicale du cas et le versement d'indemnités journalières. Par jugement du 12 juin 2006, le Président du Tribunal des assurances a pris acte du fait que le recours était devenu sans objet. d) Dans un rapport d'examen du 31 août 2006, le Dr N. _____ a notamment relevé ce qui suit : « La symptomatologie douloureuse s'est progressivement aggravée depuis environ une année entraînant une péjoration notable de la mobilité de l'épaule avec, à l'examen de ce jour, un tableau de quasi-exclusion fonctionnelle et une mobilité passive fortement limitée dans tous les axes. Les radiographies faites ce jour à l'Institut [...] témoignent d'une évolution dégénérative de la scapulo-humérale avec ascension de la tête. Les radiographies cervicales documentent une cervico-uncarthrose avec rétrécissement du trou de conjugaison en C5-C6. En résumé : l'aggravation que présente actuellement l'état de M. X. _____, relève de l'évolution d'une pathologie mixte : On observe d'une part la péjoration de l'état articulaire de l'épaule dans le sens d'une omarthrose, d'une aggravation des lésions de la coiffe et d'une probable capsulite rétractile comme le laisse suspecter l'importante limitation de la rotation externe. En deuxième lieu il y a une chronification de la comorbidité dégénérative cervicale : la cervico-uncarthrose entraîne en effet déjà un rétrécissement du trou de conjugaison C5-C6 à droite qui contribue vraisemblablement à une partie de la symptomatologie douloureuse cervico- scapulaire et cervico-brachiale décrite par cet assuré ». Le Dr N. _____ proposait dès lors d'approfondir les investigations de l'axe cervical par un examen neurologique avec EMG (électromyogramme), afin d'exclure une composante radiculaire, d'une

- 10 - part, et d'explorer l'hypothèse émise par le Dr E. _____ concernant une atteinte du nerf axillaire, d'autre part. En l'état, la capacité de travail de l'assuré était réputée nulle. e) Mandaté à cet effet par la CNA, le Dr [...], spécialiste FMH en neurologie, a procédé à un examen clinique de l'assuré, complété par un EMG de l'épaule et du membre supérieur droits. Dans son rapport du 25 septembre 2006, ce praticien a estimé que l'examen n'avait pas apporté la preuve d'une atteinte neurologique significative, l'amyotrophie et les déficits moteurs au testing de la force musculaire étant vraisemblablement d'origine antalgique/orthopédique. La normalité du bilan ne permettait pas selon lui d'écarter une discrète irritation tronculaire ou radiculaire en relation avec les troubles dégénératifs cervicaux, mais une telle atteinte ne saurait entraîner une incapacité de travail significative. f) Dans un rapport médical du 24 novembre 2006, le Dr S. _____ a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies droites chroniques et de status après acromioplastie et réparation de la coiffe des rotateurs droite en octobre 2002. A l'examen clinique, ce praticien relevait

notamment l'absence d'atrophie musculaire au niveau des fosses sus-épineuses, ainsi que sur le deltoïde. Passivement, la mobilité des épaules était complète, mais l'assuré décrivait d'intenses douleurs et opposait une certaine résistance active. L'examen clinique objectif orthopédique ne mettait en évidence aucune atteinte significative de la coiffe des rotateurs, ni de troubles dégénératifs gléno-huméraux pouvant expliquer la situation actuelle. Le Dr S. _____ relevait dès lors une discordance importante entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives, laissant suspecter la participation de facteurs non orthopédiques. Dans ce contexte, il ne retenait pas d'indication à une révision chirurgicale, dont le résultat resterait tout à fait incertain. g) Par courrier adressé au conseil de l'assuré le 20 janvier 2007, le Dr E. _____ a derechef relevé que le diagnostic de « lésion du long chef du biceps, au niveau de la gouttière bicipitale, rupture du sous-

- 11 - scapulaire droit », retenu par le Dr S. _____ le 5 avril 2002, n'avait pas été pris en compte ni fait l'objet d'un traitement, alors qu'un geste adéquat pratiqué en 2001 ou début 2002 aurait permis une évolution clinique favorable, bien qu'une restitution ad integrum ne soit pas la règle. L'assuré a transmis ce courrier à la CNA le 1er février 2007, relevant que le Dr E. _____ y dénonçait le dérapage du système médical qui l'avait conduit à se retrouver à ce jour dans un état clinique défavorable. Il invitait la CNA à statuer rapidement en lui allouant une rente invalidité ainsi qu'une indemnité à titre d'atteinte à l'intégrité, subsidiairement à reprendre le paiement des soins médicaux et des indemnités journalières. Dans un rapport d'examen du 7 février 2007, le Dr N. _____ a relevé que le Dr S. _____ avait constaté l'absence d'atrophie musculaire à l'IRM ainsi que l'intégrité du tendon du biceps dans sa gouttière, ce qui relativisait l'hypothèse du Dr E. _____ concernant la nécessité de la réparation d'une lésion du long chef du biceps et du sous-scapulaire droit. Faisant siennes les conclusions du Dr S. _____, le Dr N. _____ concluait dès lors qu'il n'y avait pas d'indication à un traitement chirurgical et qu'en l'absence d'un traitement susceptible d'améliorer de façon notable l'état de l'assuré, le cas devait être considéré comme stabilisé. h) Par décision du 25 mai 2007, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 33%, avec effet dès le 1er février 2007. Suite à l'opposition formée par l'assuré, puis à un recours contre une décision sur opposition du 29 août 2007, un jugement a été rendu le 3 juillet 2008 par le Tribunal des assurances (AA 121/07). Dans le cadre de l'instruction de ce recours par le juge instructeur, le Dr S. _____ a précisé, le 3 avril 2008, que l'arthro-IRM de l'épaule réalisée le 22 juin 2001 mettait en évidence avec une grande probabilité une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire droit, associée à une tendinopathie du long biceps dans la partie haute de la gouttière bicipitale. Il relevait en revanche que la seconde IRM « simple » du 7 décembre 2005 ne permettait pas de déterminer clairement si les lésions figurant sur l'arthro-IRM étaient toujours présentes. Il rappelait

- 12 - avoir préconisé une intervention sous la forme d'une ténodèse du long biceps en avril 2002 et supposait qu'au vu du rapport opératoire du Dr R. _____, mentionnant une réparation du sous-scapulaire et une acromioplastie, la thérapie proposée avait probablement été appliquée. i) Par courrier du 21 avril 2008, le recourant a produit un rapport établi la veille par le Dr E. _____, à qui les indications du Dr S. _____ avaient été soumises pour détermination. Le Dr E. _____ relevait notamment que le Dr S. _____ n'avait pu exclure la persistance des lésions initiales ensuite de l'intervention pratiquée par le Dr R. _____, précisant qu'il était à cet égard « inconcevable de ne pas mentionner une ténodèse du biceps dans un protocole » ; ce geste n'avait donc à son sens

pas été réalisé. Il constatait en outre que le protocole opératoire mentionnait « une déchirure partielle longitudinale [...] fermée par 2 points inversés de Vicryl 0 » et que cette description ne correspondait aucunement à celle attendue normalement dans la gestion de la lésion initiale, les ruptures du sous-scapulaires étant en particulier transverses et non longitudinales, d'une part, l'utilisation d'un fil Vicryl 0 n'étant pas adaptée à une telle intervention, d'autre part. Se référant à cette dernière appréciation du Dr E. _____, le recourant proposait en conséquence qu'il soit procédé à un complément d'instruction, par le biais d'une demande de clarification auprès du Dr R. _____ et/ou de la mise en œuvre d'un nouvel examen par arthro-IRM. j) Dans son jugement du 3 juillet 2008 (cf. supra, let. B.h), le Tribunal des assurances a retenu, « au degré de vraisemblance prépondérante, que le recourant présent[ait], au titre des conséquences de l'événement du 9 mai 2001, des lésions non traitées du sous-scapulaire et du long chef du biceps, ainsi qu'une capsulite rétractile » (cf. jugement p. 35). Le tribunal a retenu l'existence de cervicalgies, respectivement des cervico-brachialgies, mais a estimé que celles-ci ne sauraient, au degré de vraisemblance requis, être considérées comme en relation de causalité probable avec l'accident du 9 mai 2001 (cf. jugement p. 34). Il a également relevé que l'assuré présentait un œil gauche aphake, quelques lésions rétinienne ainsi qu'un strabisme engendrant une diplopie, alors en

- 13 - cours de traitement, ces atteintes n'étant toutefois pas non plus en relation de causalité avec l'accident du 9 mai 2001 et n'ayant donc pas à être prises en compte dans le cadre du litige LAA. Il en était de même des plaintes de l'intéressé concernant des céphalées, vertiges et autres maux d'oreilles (cf. jugement p. 35). Concernant les limitations fonctionnelles en relation de causalité avec l'événement accidentel du 9 mai 2001, le Tribunal des assurances s'est fondé sur le rapport d'examen du Dr N. _____ du 10 novembre 2003 et a considéré l'assuré comme apte à exercer une activité n'exigeant ni sollicitations du bras au-dessus de l'horizontale, ni manutentions à deux mains ou dépassant le poids de 10 kg (cf. jugement p. 37). Cela étant, le tribunal a retenu que le revenu sans invalidité à prendre en considération, soit pour l'année 2007, s'élevait à 6'957 fr. (cf. jugement p. 38). Quant au revenu d'invalidé, le tribunal a renvoyé le dossier à la CNA, estimant n'avoir pas acquis la conviction que les conditions posées pour l'application des descriptions de postes de travail (DPT) étaient remplies en l'espèce, l'intimée étant en conséquence invitée à recalculer le degré d'invalidité de l'assuré (cf. jugement p. 39). k) Par décision du 1er juin 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations présentée par l'assuré, pour le motif que celui-ci présentait un degré d'invalidité de 26% n'ouvrant pas le droit à une rente. Il a retenu que la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son ancienne activité de chef d'équipe, mais que dans une activité adaptée qui tienne compte de ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges, pas de mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements de rotation répétitifs du membre supérieur droit, possibilité d'alterner les positions, tenir compte des difficultés visuelles, pas de vision binoculaire), il présentait une capacité de travail de 100% depuis le mois d'avril 2003. L'assuré avait débuté le 23 août 2004 un stage au CIP, qui avait toutefois été interrompu prématurément en raison du fait que l'intéressé ne s'estimait pas en mesure de travailler plus de deux heures par jour, de sorte que la poursuite des mesures d'ordre professionnel n'était pas envisageable. En raison de ses limitations fonctionnelles et s'il avait pu

- 14 - s'investir dans la démarche proposée, l'assuré aurait pu occuper à moyen terme un poste de travail semi-qualifié dans le domaine de la gestion de stock ou du conseil pour les

produits du bâtiment, dans lequel il aurait pu prétendre à un revenu annuel brut de 58'500 francs. La comparaison de ce revenu d'invalidé avec celui que l'assuré aurait réalisé sans atteinte à la santé s'il avait pu poursuivre son ancienne activité (80'015 fr.) faisait apparaître un degré d'invalidité de 26%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

L'assuré s'est opposé à cette décision par écriture du 7 juillet 2006, en concluant à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise en oeuvre d'un complément d'instruction. Le 6 août 2009, l'OAI a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision du 1er juin 2006. L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 426/09). 1) Après avoir repris l'instruction du cas ensuite du jugement du Tribunal des assurances du 3 juillet 2008 (cf. supra, let. B.j), la CNA a rendu le 16 juillet 2009 une décision par laquelle, retenant un revenu d'invalidé de 54'000 fr. par an sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) et compte tenu d'un abattement de 10% sur le revenu résultant des données statistiques à cause des limitations fonctionnelles, elle a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 35% dès le 1er février 2007. L'assuré a formé opposition contre cette décision par acte du 14 septembre 2009, en réclamant un abattement de 25% au lieu de 10% sur le revenu d'invalidé et en concluant ainsi à l'octroi d'une rente d'invalidité de 46 pour-cent. Par décision sur opposition du 29 janvier 2010, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a considéré en substance que, la comparaison entre un revenu annuel exigible d'invalidé de 54'000 fr. et un gain de valide de 83'484 fr. mettant en évidence une perte économique de 35,3%, le taux de 35% de la rente litigieuse ne pouvait qu'être confirmé.

- 15 - C. a) L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 3 mars 2010, en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 46% avec effet rétroactif au 1er février 2007. Il fait valoir que le revenu sans invalidité de 83'484 fr. est admis par la CNA. Il indique qu'il ne conteste pas le revenu annuel d'invalidé, tel qu'arrêté par la CNA à 60'144 fr. 60 sur la base des données statistiques salariales résultant de l'ESS de 2006, mais bien l'abattement opéré sur ce revenu, qui devrait selon lui être de 25% et non de 10 pour-cent. Il reproche en substance à la CNA de ne pas avoir pris en considération les critères personnels, en particulier son âge, rappelant que la jurisprudence retient un taux de pondération allant de 10 à 25% précisément afin de permettre une véritable appréciation de chaque cas d'espèce. Il se prévaut d'un arrêt du Tribunal fédéral du 11 mai 2006 (U 301/05) concernant un assuré dans une situation similaire à la sienne et dans lequel la CNA avait retenu un taux d'abattement de 25 pour-cent. Le gain d'invalidé s'élèverait ainsi à 45'108 fr., représentant une différence de 38'376 fr. par rapport au revenu sans invalidité (fixé à 83'484 fr.), soit une perte de gain de 45,96% lui ouvrant le droit à une rente arrondie à 46% dès le 1er février 2007. b) Dans sa réponse du 18 juin 2010, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle rappelle que le Tribunal fédéral a précisé, dans un arrêt du 27 février 2008 (U 11/07), que les critères constitués par l'âge, les années de service et la nationalité ou la catégorie de permis de séjour ne devaient plus forcément être pris en compte lorsque le niveau de qualification est de 4, comme en l'occurrence. Elle relève en outre que selon ce même arrêt, l'âge déterminant est celui de l'assuré au moment du début de la rente, à savoir 52 ans, et non, comme le soutient le recourant, son âge actuel. Or, dans un autre arrêt du 10 juin 2009 (TF 8C_292/2009, consid. 5.2.1), le cas d'un assuré âgé de 54 ans était mentionné, sans pour autant qu'une déduction soit admise. La CNA soutient enfin que l'étendue de l'abattement relève du pouvoir d'appréciation et qu'au vu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, un niveau statistique de

qualification 3, soit moins favorable,

- 16 - aurait pu être retenu. Elle estime ainsi avoir tenu compte équitablement des facteurs déterminants de la situation du recourant, de sorte que le taux d'invalidité de 35% résultant de la comparaison des revenus avec et sans invalidité n'est selon elle pas critiquable. c) Le recourant n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été donnée de présenter ses éventuelles explications complémentaires ainsi que ses éventuelles réquisitions tendant à des mesures d'instruction complémentaires. Le 8 septembre 2010, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition, est donc recevable. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet

- 17 - du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur l'abattement opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidité évalué sur la base des données statistiques de l'ESS, dont le calcul – avant abattement – n'est pas contesté par le recourant (cf. supra, let. C.a). 3. a) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré (cf. art. 15 LAA), en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. Pour déterminer la rente d'invalidité due, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité (cf. infra, consid. 3b) doit être arrondi au nombre entier en pour-cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121). b) Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010, consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n. 165 p. 898).

- 18 - La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010, consid. 6.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010, consid. 4.2). c) Pour fixer le revenu d'invalidé – second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGa –, il convient de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 170 p. 899). Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 171 s. p. 900). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, le juge des assurances sociales ne pouvant substituer sa propre appréciation à celle

- 19 - de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3 ; TF 9C_269/2010 du 7 octobre 2010, consid. 1.2). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010, consid. 4.3). d) En l'espèce, le recourant soutient que l'abattement de 10% opéré par l'intimée sur le revenu ressortant des statistiques ne tiendrait pas suffisamment compte de tous les éléments pertinents et qu'il y aurait lieu de procéder à l'abattement maximal de 25% autorisé par la jurisprudence. Il n'est pas contestable que l'abattement de 10% opéré par l'intimée tient compte des limitations fonctionnelles présentées par le recourant et que le taux d'occupation ne constitue pas un critère pertinent en l'espèce, au vu de la capacité entière de travail retenue dans une activité adaptée. S'agissant de l'âge du recourant au moment déterminant de l'ouverture du droit à la rente, il appert que le recourant, né le 13 mars 1955, était âgé de presque 52 ans en février 2007. Selon la jurisprudence, un tel âge n'est en principe pas de nature à influencer négativement le revenu d'une activité lucrative (voir par exemple TF 8C_292/2009 du 10 juin 2009, consid. 5.2.1, où aucun abattement n'a été admis dans le cas d'un assuré âgé de 54 ans). Au demeurant, le Tribunal fédéral a

souligné que le critère de l'âge n'a que peu de poids en présence du niveau de qualification 4, dans la mesure où de telles catégories de travailleurs ne sont pas recherchées sur le marché du travail en fonction de leur âge et où leur salaire ne baisse pas de manière considérable entre 30 et 39 ans,

- 20 - ayant même tendance à augmenter à partir de ce dernier âge et ce jusqu'à l'âge de 63 ou 65 ans, ce qui signifie que les revenus réels perçus par les travailleurs les plus âgés dépassent les revenus hypothétiques définis par les statistiques (TF 8C_249/2010 du 1er juin 2010, consid. 7.3.1 ; TF U 11/07 du 27 février 2008, consid. 8.4). De même, selon la jurisprudence, le critère des années de service – le recourant a travaillé chez [...] SA depuis 1976 puis chez [...] SA depuis 1999 – a d'autant moins d'importance que le niveau de qualification est bas et n'est donc pas déterminant en l'espèce s'agissant du niveau de qualification 4 (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; TF 8C_292/2009 du 10 juin 2009, consid. 5.2.1 ; TF U 11/07 du 27 février 2008, consid. 8.4). S'agissant enfin du critère de la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour, il est constant que le recourant, ressortissant espagnol, est au bénéfice d'un permis C, ce qui, selon la jurisprudence, a un effet positif sur la rémunération des hommes dans le niveau de qualification 4 par rapport aux valeurs médianes qui ne distinguent pas selon la nationalité, respectivement la catégorie d'autorisation de séjour (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; TF U 11/07 du 27 février 2008, consid. 8.4 ; TF 8C_223/2007 du 2 novembre 2007, consid. 6.2.2). Par ailleurs, le recourant est venu en Suisse en 1973, à l'âge de 18 ans, de sorte qu'il a eu le temps de bien s'intégrer à la situation helvétique, raison pour laquelle il n'allègue d'ailleurs pas de difficultés particulières, liées à des problèmes d'intégration ou de langue. e) En définitive, il n'apparaît pas que la CNA, en opérant un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité pour prendre en considération les limitations fonctionnelles présentées par le recourant, ait abusé de son pouvoir d'appréciation en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs. Le revenu sans invalidité et les autres éléments du calcul du revenu avec invalidité n'étant pas contestés, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'une comparaison entre le revenu de valide

- 21 - (83'484 fr.) et le revenu d'invalidité (54'000 fr.), un degré d'invalidité de 35,3%, arrondi à 35%, et qu'elle alloue au recourant une rente d'invalidité correspondant à ce taux (cf. supra, consid. 3a). 4. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 29 janvier 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le président : La greffière : Du

- 22 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Irène Wettstein Martin, avocate (pour X. _____), - Me Didier Elsig, avocat (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.