

## **VD\_GERICHTE ZA15.020923 vom 8. August 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-08-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA15.020923](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.020923)

FR: VD\_GERICHTE ZA15.020923 du 8 août 2016

IT: VD\_GERICHTE ZA15.020923 del 8 agosto 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

janvier 2013 et avait été remplacé par son neveu pendant sa convalescence. Le 25 août 2014, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2014, mais qu'elle continuait à prendre en charge les médicaments antalgiques et anti-inflammatoires ainsi que de la physiothérapie si nécessaire. Dans un rapport du 24 août 2014 qu'il a signé en tant que psychiatre et psychothérapeute, le Dr V. \_\_\_\_\_ a déclaré avoir été consulté par l'assuré entre le 26 septembre 2012 et le 8 août 2014 pour un conflit conjugal. L'assuré souffrait d'un état anxieux et d'un léger trouble dépressif récurrent. Le conflit ayant abouti à une séparation menant à un divorce, l'assuré a été soulagé et ne présentait plus de symptômes anxieux ni de déprimés. La thérapie avait pris fin le 8 août 2014. Le 18 septembre 2014, la Dresse R. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie du service d'antalgie de l'Hôpital N. \_\_\_\_\_, a

- 11 - communiqué que la symptomatologie douloureuse persistait malgré deux séries d'infiltrations cervicales. Selon un rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 2 octobre 2014, l'assuré présentait toujours des cervico-brachialgies droites chroniques suite à une distorsion cervicale survenue le 21 janvier 2013. Les douleurs au niveau de l'épaule étaient certainement en relation avec les séquelles de l'atteinte au niveau de la coiffe des rotateurs. Par contre, il existait un important syndrome cervical certainement en relation avec les troubles dégénératifs qui avaient été bien visualisés sur l'IRM cervicale pratiquée en 2013. Sur le plan neurographique, il existait un syndrome du tunnel carpien droit, mais qui était minime et n'expliquait pas la symptomatologie. Il y avait aussi cliniquement des signes en faveur d'une épicondylite droite, même si une compression du nerf radial n'avait pas été mise en évidence. B. Par décision du 30 octobre 2014, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 18'900 fr. correspondant à une diminution de l'intégrité de 15 %. Elle a en revanche nié tout droit à une rente, estimant que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante. Le 21 novembre 2014, l'assuré a fait opposition contre la décision du 30 octobre 2014, contestant tant le taux d'atteinte à l'intégrité que le refus de rente. Le 18 décembre 2014, il a motivé son opposition, estimant qu'une expertise pluridisciplinaire aurait dû être mise en œuvre. A l'appui de son opposition, l'assuré a présenté une lettre de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 10 décembre 2014, dans laquelle celle-ci déclare s'opposer à l'appréciation de la CNA de fixer le taux d'atteinte à l'intégrité à 15 % et de refuser toute rente. Suite à l'accident du 21 janvier 2013, l'assuré présentait des douleurs continues et une impotence fonctionnelle importante, ayant entraîné l'interruption d'un stage. De l'avis de la Dresse C. \_\_\_\_\_, ces limitations n'étaient pas passagères.

- 12 - Dans un rapport du 4 décembre 2014, la Dresse R. \_\_\_\_\_ a rappelé que les infiltrations facettaires cervicales pratiquées depuis début 2014 n'avaient permis de calmer la symptomatologie douloureuse que de façon transitoire. Tout port de charge ou mouvements plus intenses des bras exacerbent les douleurs qui semblaient par contre calmées par le repos. Une IRM cervicale avait été réalisée le 24 octobre 2014. Elle avait mis en évidence, par rapport à l'examen comparatif de juin 2013, une majoration du rétrécissement canalaire en C3-C4 et C4-C5 secondaire à des protrusions disco-ostéophytaires ainsi qu'à l'arthrose interfacettaire postérieure préexistante. Aucune opération neurochirurgicale n'avait été retenue. La prise en charge conservatrice par infiltration cervicale tous les trois mois était poursuivie. Dans un rapport du 18 février 2015, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a relevé notamment ce qui suit : « Rappelons brièvement que ce patient âgé de 63 ans présente des troubles dégénératifs rachidiens auxquels s'ajoute une tendinopathie de la coiffe de l'épaule droite. Sa situation s'est compliquée à l'occasion d'un accident de la voie publique avec choc fronto-latéral droit ayant entraîné un syndrome cervical hyperalgique et une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit. Les investigations effectuées à ce jour ont mis en évidence une cervicarthrose étagée avec un rétrécissement canalaire prédominant en C3-C4 et C4-C5 ainsi qu'une lésion tendineuse du sus-épineux. Ces diverses affections n'ont pas trouvé d'indication opératoire auprès des spécialistes consultés et une attitude conservatrice a été adoptée. Monsieur X. \_\_\_\_\_ est suivi par Madame Dr R. \_\_\_\_\_, à la consultation d'antalgie de l'hôpital de N. \_\_\_\_\_, qui a grâce à des infiltrations cervicales pu significativement améliorer les symptômes situés dans la région cervico-scapulaire. Par contre la scapulalgie est actuellement très présente, tant la nuit que le jour avec une sensation de perte progressive de la force distale. Depuis quelques semaines, on a pu observer une discoloration et une discrète tuméfaction de la main droite et se pose le diagnostic différentiel avec une algoneurodystrophie. Concernant les autres morbidités il y a un trouble dépressif sévère dans le contexte de la douleur chronique mais aussi d'un conflit conjugal dont l'issue juridique est complexe. La décision de la SUVA

- 13 - [CNA] de « clore » le dossier atteint également le moral de Monsieur X. \_\_\_\_\_. A l'examen clinique, patient déprimé, ne mobilisant pas spontanément son bras droit. La mobilité cervicale est réduite avec des contractures du trapèze et de la musculature paravertébrale. La flexion extension est réduite à 15 cm et 3 cm. Pour l'épaule droite, douleur à la palpation de tous les muscles péri-articulaires. Flexion active 100°, passive 110°, abduction active 80°, passive 90°. Rotation interne et abduction : distance pouce-C7 40 cm à droite, 25 cm à gauche. Palpation très sensible de l'épicondyle droit et de la musculature de l'avant-bras. Diminution globale de la force sans qu'il soit possible de déceler un syndrome radiculaire précis. Il y a une hypoesthésie dans la région du trapèze droit. Les réflexes ostéotendineux sont présents mais faibles. A noter la présence de 2 nodules kystiques sur les IP des pouces. Le gauche sera prochainement excisé à la clinique [...]. Ce jour, je n'ai pas constaté de discoloration de la peau, sauf un léger érythème palmaire plus marqué à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de sudation excessive ni signe de rétraction des tissus évoquant une maladie de Sudeck. Radiographies des mains face (sur la même plaque) du 18.02.2015 : pas d'asymétrie de la texture osseuse, pas d'atrophie pommelée. Altérations dégénératives sur plusieurs IPP et IPD, en particulier sur les IP des pouces avec une ostéophytose importante à gauche. En conclusion, ce patient courageux souffre depuis de nombreuses années de troubles musculo-squelettiques dans un contexte dépressif. Rappelons aussi qu'une maladie de Ménières lui perturbe le quotidien. Les

troubles principaux datent d'un accident de la circulation en janvier 2013 dont il garde d'importantes séquelles douloureuses et fonctionnelles au bras droit. Un diagnostic précis est difficile à poser, puisqu'il y a une intrication de plusieurs phénomènes issus de la colonne cervicale et de l'épaule. On peut suspecter un syndrome douloureux complexe, mais je ne crois pas qu'il s'agisse d'une véritable algoneurodystrophie au vu de la clinique et des radiographies rassurantes. Mes propositions thérapeutiques sont les suivantes : • infiltration de la bourse sous-acromiale à l'aveugle (18.02.2015). • indication à un bloc stellaire par les soins du Dr R.\_\_\_\_\_. • Poursuite de l'ergothérapie et de la physiothérapie en insistant sur la mobilisation active. A mon avis la capacité même théorique de travail est nulle dans toute activité qui solliciterait les membres supérieurs ou qui générerait un stress auditif ou psychique. » Le 15 avril 2015, la CNA a informé l'assuré des descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) retenues, à savoir :

- 14 - Désignati Année N° Localit Salaire Salaire Salaire Profession de la salaria DPT é moyen min. max. fonction le Collaborateu façonnage 3482 r de Lucens 2014 49'962 fr. 47'061 fr. 52'863 fr. de pierres production Collaborateu contrôle de 8984 r de Vallorbe 2014 52'000 fr. 45'500 fr. 58'500 fr. qualité production Collaborateu 5787 r de affûtage Rolle 2014 53'950 fr. 49'400 fr. 58'500 fr. production sur Collaborateu 36241 machines Renens r de 2014 54'900 fr. 50'000 fr. 59'800 fr. 1 automatiqu VD production es Collaborateu 43840 r de polisseur Gimel 2014 55'150 fr. 50'400 fr. 59'900 fr. 6 production 53'192.4 48'472.2 57'912.6 Moyenne 0 0 0 Le 21 avril 2015, le conseil de l'assuré a contesté les DPT choisies au motif qu'elles ne tenaient pas du tout compte des affections de l'assuré : comme celui-ci souffrait d'un syndrome cervical hyperalgique et d'une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit, on ne voyait pas comment il pouvait procéder très souvent au maniement d'objets à motricité fine. Par décision sur opposition du 23 avril 2015, la CNA a rejeté l'opposition au sens des considérants. C. Le 22 mai 2015, l'assuré, représenté par Me Flore Primault, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud contre la décision sur opposition de la CNA du 23 avril 2015. Elle conclut à l'annulation de cette décision et à l'octroi de prestations de l'assurance-accident, notamment d'une rente fixée à dire de justice. Subsidièrement, elle conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause auprès de la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, le recourant sollicite la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire.

- 15 - Dans sa réponse du 25 juin 2015, la CNA, représentée par Me Olivier Derivaz, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 23 avril 2015. Les parties ont maintenu leurs conclusions dans la suite de l'échange d'écritures. E n d r o i t : 1. a) Selon l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), 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, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36)

s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

- 16 - 2. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b, et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s. ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 p. 406).

- 17 - b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 ; TF 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). Lorsque des douleurs apparaissent consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement

activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (TF 8C\_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3) même si l'atteinte à la santé est en très grande partie la conséquence d'une maladie (TF 8C\_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.3). Il en va différemment, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet (TF 8C\_423/2012 précité consid. 5.3 ; TF 8C\_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1).

- 18 - Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur- accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.3 ; TF U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 6.2 et les références). 3. a) En l'espèce, la décision attaquée a admis le maintien du lien de causalité naturelle entre l'accident du 21 janvier 2013 et la lésion de l'épaule droite (rupture transfixiante du tendon du supra-scapulaire), en se fondant sur l'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ selon lequel ce lien de causalité était probable. b) La décision attaquée a en revanche considéré que le statu quo sine était atteint en ce qui concerne les cervicalgies droites. Même si la décision ne le précise pas, il faut en déduire que le statu quo sine était atteint au moins le 31 octobre 2014 lors de la fin de la prise en charge des indemnités journalières et des soins médicaux. La décision attaquée s'est fondée sur l'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ selon lequel le statu quo sine concernant les cervicalgies était largement atteint lors de l'examen le 18 juin 2014 parce que l'accident du 21 janvier 2013 n'avait entraîné aucune lésion structurelle. Le recourant conteste l'évaluation du rapport de causalité en invoquant essentiellement l'argument de l'insuffisance de l'appréciation

- 19 - du Dr J. \_\_\_\_\_ au regard des exigences jurisprudentielles en matière de « coup du lapin ». aa) A titre préalable, il faut relever qu'au cas où les cervicalgies ne seraient pas la conséquence d'un traumatisme de type « coup du lapin » mais une aggravation d'un état dégénératif antérieur qui était resté asymptomatique jusqu'à l'accident du 21 janvier 2013 (cf. dans ce sens l'appréciation du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 3 juillet 2013 selon lequel il était fort probable que l'accident ait décompensé la situation sur le plan cervical), il faudrait appliquer la jurisprudence selon laquelle une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique est présumée cesser de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. SVR 2009 UV n° 1 p. 1 ; voir également les arrêts TF 8C\_843/2014 du 18 mars 2015 consid. 8.1 ; TF 8C\_765/2014 du 9 février 2015 consid. 6.1 ; TF 8C\_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 ; TF 8C\_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3 ; TF 8C\_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et TF

8C\_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3). En effet, aucun médecin n'a établi un lien de causalité naturelle entre les atteintes cervicales mises en évidence par les IRM cervicales du 10 juin 2013 et du

#### **E. 24**

heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C\_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 5.2 ; TF 8C\_792/2009 du 1er février 2010 consid. 6.1 avec d'autres références). Il faut en outre que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2 p. 338 ss ; ATF 117 V 359 consid. 4b p. 360 ss). La jurisprudence a posé des exigences accrues en matière de preuve pour les lésions au rachis cervical par accident de type « coup du lapin ». Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de la personne assurée ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 122 ss). Il est recommandé que l'expertise soit réalisée par des médecins spécialisés, prioritairement dans les domaines de la neurologie, de l'orthopédie et psychiatrique. L'expertise doit fournir des déclarations convaincantes sur les points suivants : les plaintes de l'assuré sont-elles vraiment crédibles et peuvent-elles être avec une vraisemblance prépondérante et au moins partiellement la conséquence d'un traumatisme de type « coup du lapin » (ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125). cc) En l'espèce, l'existence d'un coup du lapin a non seulement été affirmée par l'assuré dans sa déclaration d'accident du 24 janvier 2013, mais elle est aussi postulée par la Dresse C.\_\_\_\_\_ pour la première fois le 11 mars 2013 et par la Dresse H.\_\_\_\_\_ le 3 juin 2013. Le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 2 octobre 2014 a aussi fait état d'une distorsion cervicale survenue le 21 janvier 2013. L'expertise pluridisciplinaire de la clinique D.\_\_\_\_\_ datée du

#### **E. 25**

novembre 2013 s'est prononcée en détail sur les différentes plaintes du recourant, mais pas sur le lien de causalité avec l'accident du 21 janvier

- 21 - 2013. Elle n'a en outre ni abordé expressément la problématique de l'existence d'un coup du lapin ni a fortiori celle d'un lien de causalité entre les plaintes subsistantes et un tel coup du lapin. Eu égard au fait que les rapports des Dresses C.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ figuraient au dossier, le diagnostic de troubles dégénératifs cervicaux retenus par l'expertise de la clinique D.\_\_\_\_\_ pourrait certes être compris comme la négation implicite d'un coup du lapin. L'obligation de procéder à une telle interprétation a contrario de l'expertise de la clinique D.\_\_\_\_\_ montre toutefois que cette expertise ne remplit pas les exigences de la jurisprudence, car elle ne contient pas de déclarations convaincantes sur le lien éventuel avec un traumatisme de type « coup du lapin ». Il n'en va pas différemment pour le rapport final du Dr J.\_\_\_\_\_, car celui-ci ne se prononce pas expressément sur l'existence d'une distorsion cervicale et passe même sous silence les déclarations y relatives des Dresses C.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. dd) Selon la décision attaquée, le déroulement de l'accident ne permet pas d'admettre avec une vraisemblance prépondérante que le recourant ait été victime d'un mécanisme d'accélération-décélération ; rien dans les circonstances de l'accident ne viendrait conforter l'existence d'une telle atteinte et, hormis des cervicalgies, il n'y aurait aucune plainte venant attester un tableau typique. Il ressort du rapport de

l'inspecteur de la CNA du 23 janvier 2014 que la voiture du recourant a glissé sur du verglas, a heurté la glissière sur la gauche de la route et a été renvoyée sur la droite pour terminer sa course dans un champ. La glissière a été endommagée. Lors du mécanisme d'accident, le recourant était passablement crispé sur son volant pour éviter des blessures. Il n'a rien tapé avec son corps. Ce rapport ne fait pas état de l'ouverture de l'airbag, mais le rapport final du Dr J.\_\_\_\_\_ déclare que l'airbag s'était ouvert. Même si la vitesse s'élevait à environ 50 km/h, le choc contre la glissière à gauche puis le freinage de la voiture dans le champ ont été

- 22 - susceptibles de produire un effet d'accélération-décélération au niveau de la tête même si celle-ci n'a rien heurté. En tout cas, c'est à tort que la décision attaquée a nié sans une analyse médicale ou technique substantielle que le déroulement de l'accident du 21 janvier 2013 ait pu causer un effet de coup du lapin. ee) On peut néanmoins laisser ouverte la question de savoir si les cervicalgies dont le recourant souffre suffisent pour que le lien de causalité naturelle entre un éventuel traumatisme de type « coup du lapin » et l'incapacité de gain soient reconnus. En effet, le lien de causalité adéquate doit de toute façon être nié. c) Selon le rapport de la Dresse H.\_\_\_\_\_ du 18 février 2015, le recourant souffrait d'un trouble dépressif sévère dans le contexte de la douleur chronique mais aussi d'un conflit conjugal dont l'issue juridique était complexe. Etant rappelé que l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre, s'appuyant de lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3), non seulement la Dresse H.\_\_\_\_\_ n'a pas la spécialisation requise, mais encore le Dr V.\_\_\_\_\_, qui suivait le recourant sur le plan psychique, avait diagnostiqué uniquement un état anxieux et un léger trouble dépressif récurrent, avait estimé déjà le 24 août 2014 qu'il n'y avait plus de symptômes anxieux ni de dépresses et indiqué que la thérapie avait pris fin. Le recourant n'a pas avancé d'éléments indiquant qu'il aurait repris un traitement psychiatrique. On peut donc admettre qu'en dépit du rapport de la Dresse H.\_\_\_\_\_, le recourant ne souffrait plus d'atteinte psychique lors de la décision attaquée. A titre subsidiaire, on peut relever qu'au cas où le recourant souffrait à nouveau d'un trouble dépressif lors de la décision attaquée, le lien de causalité adéquate devrait être nié, pour les motifs qui suivent. 4. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate

- 23 - si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a, et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a). En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examen radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont

scientifiquement reconnues (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 8C\_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; TF 8C\_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 avec référence). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et ATF 115 V 403 consid. 5c/aa p. 409). b) En l'espèce, si les cervicalgies sont dans une relation de causalité naturelle avec un traumatisme de type « coup du lapin », elles doivent être considérées comme n'étant pas reléguées au second plan par une atteinte psychique. Certes, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a invoqué dans son rapport du 18 février 2015 un trouble dépressif sévère, mais le recourant a été traité par le Dr V.\_\_\_\_\_ depuis le 26 septembre 2012, donc avant l'accident du 21 janvier 2013, pour un état anxieux et un léger trouble dépressif récurrent en relation avec un conflit conjugal. La thérapie psychiatrique avait pris fin le 8 août 2014. Ces troubles psychiatriques, dont seul le trouble anxieux avait été diagnostiqué lors du séjour à la clinique D.\_\_\_\_\_ du 9 octobre au 5 novembre 2013, n'ont pas relégué au

- 24 - second plan les cervicalgies immédiatement ou peu après l'accident. La causalité adéquate doit donc être examinée en appliquant par analogie les critères suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10.2). A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type « coup du lapin », il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a ; RAMA 1999 U 341 p. 408 s. consid. 3b). aa) Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (ATF 115 V 133 consid. 6 ; TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3). La jurisprudence a régulièrement qualifié des collisions frontales comme étant de gravité moyenne au maximum à la moitié de cette catégorie (TF arrêt 8C\_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.1

- 25 - non publié de l'ATF 141 V 1 avec les références citées). Elle a considéré comme étant de gravité moyenne à la limite des accidents graves une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (TFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98 ; cf. la jurisprudence genevoise ATAS/152/2006 du 16 février 2006). En revanche, une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée en règle générale comme un accident de gravité moyenne, à la limite du cas bénin (TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5, in RAMA 2005 n° U 549 p. 236 ; TF 8C\_633/2007 du 7 mai 2008 consid. 6.2 in fine et 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1). En l'espèce, la voiture du recourant a glissé sur du verglas, heurté la glissière à gauche de la route avant de retraverser la route et de sortir dans un champ sur le côté droit. Le seul choc subi semble avoir été la collision

contre la glissière gauche. Le cas s'apparente ainsi plutôt à une collision avec un véhicule à l'arrêt. L'accident du 21 janvier 2013 doit donc être considéré comme étant tout au plus de gravité moyenne à limite des cas bénins. Il en découle que les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.3). bb) Glisser sur du verglas, heurter une glissière et terminer sa course dans un champ sans entrer en collision avec un arbre ou un bâtiment ne constitue pas des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, ni ne donne un caractère particulièrement impressionnant à l'accident. La rupture transfixiante du tendon supra-épineux droit n'est pas une lésion d'une gravité ou d'une nature particulière ; aucune autre lésion objective consécutive à l'accident n'a été constatée. Le recourant n'a pas subi non plus l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, des infiltrations cervicales ou sous-acromiales ne constituant pas un tel traitement. Il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable

- 26 - des séquelles de l'accident. Si le recourant a été durablement déclaré en incapacité totale de travail dans son domaine d'activité, il n'a pas fait montre d'efforts reconnaissables pour retrouver un travail compatible avec ses limitations fonctionnelles. L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 p. 128). En l'occurrence, il ne ressort pas du dossier que le recourant aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs. Si le recourant a déclaré lors de l'entretien avec l'inspecteur de la CNA le 23 janvier 2014 avoir toujours mal dans l'arrondi de la nuque jusque sur l'arrondi de l'épaule droite dès qu'il bouge le bras ou qu'il dort dessus, il n'a pas fait valoir une gêne importante et permanente dans ses activités quotidiennes. Le critère n'est donc pas rempli malgré l'existence de douleurs. Selon la jurisprudence, les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ne doivent pas être réalisées cumulativement. La simple durée du traitement médical et des douleurs ne suffit pas. Il faut des facteurs particuliers qui ont fait obstacle au processus de guérison (TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.6 avec références). En l'espèce, l'existence de troubles dégénératifs cervicaux, en particulier la présence d'un canal cervical étroit, a pu constituer une difficulté au processus de guérison dans la mesure où ces troubles contribuaient aux cervicalgies (cf. dans ce sens le rapport de la Dresse C.\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2013). Même si l'on admettait que le critère des difficultés apparues en cours de guérison soit rempli, cela ne suffirait clairement pas pour admettre le lien de causalité adéquate dans l'hypothèse de la présence d'un traumatisme de type « coup du lapin ». 5. Il découle de ce qui précède que les cervicalgies et leurs conséquences ne devaient pas être prises en considération à titre de

- 27 - séquelles de l'accident du 21 janvier 2013 lors de la clôture du cas, soit parce que le statu quo sine était atteint à cette date, soit parce que le lien de causalité naturelle n'était pas rempli, soit encore parce que le lien de causalité adéquate faisait défaut. Seules les conséquences de la lésion de l'épaule droite étaient dans un rapport de causalité avec cet accident. 6. Il convient ensuite d'examiner si le recourant a droit à une rente. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de

gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées). Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut

- 28 - raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon l'art. 16 LPGA, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). c) Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). En l'espèce, la décision a fixé le revenu de valide à 46'080 fr. pour l'année 2014 sur la base du salaire présumé pour 2014 que le dernier employeur du recourant a communiqué. Le recourant ne conteste pas ce montant. d) Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type

- 29 - de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472). Ces conditions ont été respectées en l'espèce. e) Il est incontesté que l'ancienne activité de majordome ne respecte pas les limitations fonctionnelles reconnues au recourant. Le litige porte dès lors sur la question de la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), donc sur l'aptitude du recourant à travailler dans une activité adaptée. aa) Pour pouvoir déterminer la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a

besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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, 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 (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG,

- 30 - lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 4.1; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). bb) Le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle en faisant valoir une impotence fonctionnelle du bras droit. Celle-ci a d'abord été affirmée par le Dr Q. \_\_\_\_\_ le 3 juillet 2013, mais elle n'a été confirmée ni par le rapport de la clinique D. \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2013 ni par celui du Dr J. \_\_\_\_\_ le 18 juin 2014. L'impotence fonctionnelle du bras a ensuite été attestée par la Dresse C. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 29 janvier 2014 et par la Dresse H. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 février 2015. La Dresse H. \_\_\_\_\_ relevait que la scapulalgie était très présente, tant la nuit que le jour, avec une sensation de perte progressive de la force distale ; objectivement, il y avait une diminution globale de la force, une douleur à la palpation de tous les muscles péri-articulaires de l'épaule droite ainsi qu'une palpation très sensible de l'épicondyle droit et de la musculature de l'avant-bras. Les déclarations des Dresses C. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ rendent vraisemblables que les douleurs au bras droit ont augmenté depuis l'examen par le Dr J. \_\_\_\_\_, puisque celui-ci relevait que l'assuré se plaignait peu de son épaule droite malgré des douleurs à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire et du sillon delto-pectoral. Une telle augmentation des douleurs et des restrictions fonctionnelles en découlant ne serait toutefois déterminante pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle que si elle était dans une relation de causalité avec l'accident du 21 janvier 2013. Cependant, comme relevé supra, seule la lésion de l'épaule droite (rupture transfixiante du tendon du supra-scapulaire) est dans un rapport de causalité avec l'accident, à l'exclusion des cervicalgies. Or, les rapports des Dresses C. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ ne rendent pas vraisemblables un lien de causalité entre la lésion du tendon du supra-

- 31 - scapulaire de l'épaule droite et l'augmentation des limitations fonctionnelles : si la Dresse H. \_\_\_\_\_ affirme que l'impotence fonctionnelle du bras droit a été entraînée par l'accident, elle relève que le diagnostic est difficile parce qu'il y a une intrication de

plusieurs phénomènes issus de la colonne cervicale et de l'épaule. Eu égard à la mise en évidence par IRM cervical du 24 octobre 2014 que le rétrécissement canalaire en C3-C4 et C4-C5 a augmenté par rapport à l'examen comparatif de juin 2013, il faut admettre que l'accroissement des atteintes dégénératives est, avec une vraisemblance prépondérante, la cause de l'évolution relevée par les Dresses C. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_. En conclusion, point n'est besoin de trancher si le recourant souffre véritablement d'une impotence fonctionnelle du bras droit postérieurement à l'examen par le médecin conseil de la CNA, le Dr J. \_\_\_\_\_ ; même si tel était le cas, cela ne remettrait pas en cause l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant qu'a faite le Dr J. \_\_\_\_\_ puisque l'accroissement des limitations fonctionnelles ne serait pas la conséquence de la seule lésion dans un lien de causalité avec l'accident du 21 janvier 2013. Il n'en va pas différemment pour l'évaluation de la Dresse H. \_\_\_\_\_, selon laquelle la capacité « même théorique » de travail du recourant serait nulle « dans toute activité qui solliciterait les membres supérieurs ou qui générerait un stress auditif ou psychique ». Cette évaluation ne différencie pas entre les atteintes qui sont dans un lien de causalité avec l'accident du 21 janvier 2013 et les autres. Les limitations fonctionnelles du bras gauche sont dépourvues de lien de causalité avec cet accident. De même, les limitations relatives au stress auditif sont très vraisemblablement la conséquence de la maladie de Ménière dont le recourant souffre et qui est antérieure à l'accident du 21 janvier 2013. Quant aux limitations psychiques, si tant est qu'elles existent (cf. supra consid. 3c), elles ne seraient pas déterminantes puisque les atteintes psychiques ne seraient pas dans un lien de causalité adéquate avec l'accident (cf. supra consid. 4).

- 32 - Comme le recourant n'a pas avancé d'éléments laissant supposer que les limitations fonctionnelles déterminées par le Dr J. \_\_\_\_\_ ne seraient pas compatibles avec les conséquences de la seule lésion du tendon du supra-scapulaire de l'épaule droite, c'est à juste titre que la décision attaquée a évalué la capacité de travail résiduelle au regard de ces limitations fonctionnelles : pas de mouvement et d'effort répété bras droit décollé du tronc correspondant au port de charges de plus de 4 kg, pas de mouvement répétitif de rotation interne ou externe de l'épaule droite contre résistance de plus de 2 kg et pas de mouvement du bras droit au-dessus du niveau des épaules, pas de port fréquent de charges de plus de 10 kg bras droit accolé au tronc. cc) A lecture de leur descriptif, il s'avère que l'ensemble des DPT sélectionnées pour fixer le revenu d'invalidé respectent les limitations fonctionnelles déterminantes. C'est donc à juste titre que la décision attaquée a fixé le revenu d'invalidé à 53'190 fr., conformément au revenu moyen des cinq DPT retenues. dd) Le revenu d'invalidé étant ainsi supérieur au revenu de valide, le taux d'invalidité est nul, de sorte que le recourant n'a pas droit à une rente de l'assurance-accident. Le grief du recourant est dès lors infondé. 7. Le recourant conteste également implicitement le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui a été fixé par la décision attaquée à 15 %. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20

- 33 - décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 p. 230 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 p. 230 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b p. 221 ; TF 8C\_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; TF 8C\_459/2008 consid. 2.3). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

- 34 - L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b p. 32 ; ATF 124 V 209 consid. 4a/bb p. 210 ; ATF 113 V 218 consid. 2a p. 219) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc p. 211 ; ATF 116 V 156 consid. 3a p. 157 ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a). b) L'annexe 3 de l'OLAA prévoit une IPAI de 50 % pour la perte d'un membre supérieur. La table 1 (révision 2000) de la CNA étend ce taux de 50 % à la perte fonctionnelle d'un membre supérieur. Cette même table 1 prévoit un taux de 15 % pour la diminution de la mobilité de l'épaule jusqu'à l'horizontale. c) Le recourant s'est borné à se référer dans son recours à son opposition dans laquelle il faisait valoir que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était trop basse compte tenu des diagnostics posés et des douleurs présentées. Or, seule la lésion du

tendon du supra-scapulaire de l'épaule droite est dans un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 21 janvier 2013. Les rapports médicaux figurant au dossier

- 35 - ne mettent pas en question l'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ selon laquelle la lésion du tendon du supra-scapulaire de l'épaule droite a pour conséquence d'exclure tout mouvement du bras droit au-dessus du niveau des épaules. Les autres atteintes fonctionnelles relevées par les médecins traitant du recourant postérieurement à l'examen du Dr J. \_\_\_\_\_ ne sont en effet pas la conséquence d'une lésion dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 21 janvier 2013 (cf. supra consid. 5 et 6e/bb). d) Le taux d'atteinte à l'intégrité fixé à 15% est dès lors correct, de sorte que le grief du recourant est infondé. 8. Vu ce qui précède, la cause a été suffisamment instruite d'un point de vue médical. La demande d'expertise médicale doit dès lors être rejetée. En effet, le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGA) ou plus généralement une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2 p. 210 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293 ; ATF 134 I 140 consid. 5.2 p. 147 s.; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429). 9. Le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. La partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

- 36 -

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