

VD_GERICHTE ZA16.032081 vom 14. Februar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.032081

FR: VD_GERICHTE ZA16.032081 du 14 février 2019

IT: VD_GERICHTE ZA16.032081 del 14 febbraio 2019

Erwägungen

E. 30

octobre 2018 établi par le Dr Cicotti, dont le contenu est le suivant: "C'est avec surprise que j'ai lu le rapport du SMR du 04/09/2018 de la Dre [...]. En effet au lieu de comprendre qu'en raison de sa culture (rejet des éléments psychiques, de la psychiatrie et des psychiatres) le patient a plus que tardé à consulter un psychiatre quand bien même il était très affecté psychiquement, elle en déduit (de façon injuste et erroné à notre sens) qu'il a consulté seulement suite de la décision AI. Chez ce patient l'aspect culturel est important (ethnopsychiatrie) pour comprendre son cheminement médical. Il a tout d'abord exprimé sa détresse psychique en la « calquant » sur des symptômes psychiques. Son état psychique s'est progressivement dégradé depuis juin 2012 (date de l'accident à l'épaule). Il ne consultait pas de psychiatre à ce moment-là mais son médecin traitant Dr [...] a pu constater l'aggravation progressive des symptômes pour lui conseiller finalement (et arriver à le convaincre malgré son opposition) de suivre ma consultation spécialisée. En résumé : il s'agit bien d'une maladie psychique en aggravation progressive et constante qui entraîne une incapacité de travail durable et ce depuis au minimum le début du suivi chez nous. Les diagnostics, limitations fonctionnelles et autres précisions sont dans mes rapports et sont inchangés à ce jour". Le dossier AI a été versé au dossier de la présente cause et les parties ont eu la faculté de le consulter.

- 7 - Les parties ne se sont pas déterminées plus avant. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et ATF 125 V 413 consid. 2c). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi que sur la quotité de l'IPAI. c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle

du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant

- 8 - diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]). 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le

- 9 - droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGGA 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). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une

- 10 - base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 11 - Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 4. En l'espèce, l'ensemble des médecins consultés s'accorde à dire que le recourant ne peut plus travailler dans une activité de peintre en bâtiment. En revanche, la CNA, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, considère qu'il présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travail au-dessus de l'horizontale), ce que l'intéressé conteste. a) En juillet 2013, le recourant a repris une activité à 20% qui a pu être augmentée en novembre 2013 à 50%, avant d'être à nouveau diminuée en janvier 2014 à 25% en raison de douleurs à l'effort essentiellement. Lors de l'examen effectué par le médecin d'arrondissement en octobre 2014, celui-ci a trouvé des épaules souples, la droite étant néanmoins douloureuse à la mobilisation. Les tendons de la coiffe des rotateurs étaient tous fonctionnels, aussi bien à droite qu'à gauche. De ce côté, la mobilité active était pratiquement complète. Les IRM de l'épaule droite et de l'épaule gauche effectuées le 30 janvier 2014 montraient des coiffes de rotateurs en

continuité. S'agissant de l'épaule gauche, aucun élément au dossier ne justifie de s'écarter de l'appréciation du médecin d'arrondissement, le Dr V. _____, qui a considéré dans un rapport complémentaire du 26 novembre 2014 que cette épaule était stabilisée et que le traitement était terminé. En effet, aucun médecin ne le contredit. Certes, le recourant annonce dans des déterminations complémentaires du 2 décembre 2016 qu'il a consulté le Dr D. _____ le 29 novembre 2016 et qu'une intervention chirurgicale à l'épaule gauche était nécessaire au vu des douleurs qu'il présentait. Cela étant, il ressort du rapport opératoire de l'intervention qui a eu lieu le 13 juillet 2018 que

- 12 - le Dr D. _____ est intervenu au niveau du coude gauche, et non pas de l'épaule gauche, pour une cure d'épicondylite. Quant aux douleurs à l'épaule droite, elles n'ont aucune origine accidentelle. Le Dr S. _____ le rappelle dans un rapport du 31 mars 2014 à l'OAI (cf. point 1.4 « douleurs de l'épaule droite, apparues sans traumatisme »). Cette problématique n'a par conséquent pas à être prise en considération dans l'appréciation de la capacité de travail par la CNA (cf. consid. 3a supra). b) Le recourant allègue encore souffrir de dépression et produit à cet égard un rapport médical du 12 juin 2018, établi par le Dr [...] qui le suit depuis mai 2017. Selon ce médecin, il est fort probable que les troubles psychiatriques sont présents depuis mai 2016 même si le recourant ne consultait pas de psychiatre à cette époque. On ne voit guère ce que le recourant entend déduire de cette information dans le cadre du présent litige. En effet, compte tenu du déroulement et de l'atteinte qu'elle a généré, l'événement accidentel assuré, à savoir la chute survenue le 1er juin 2012, doit être qualifiée d'accident de peu de gravité. Or, selon la jurisprudence relative aux troubles psychiques consécutifs à un accident de cette catégorie (ATF 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5), l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'événement accidentel assuré et d'éventuels troubles psychiques subséquents peut être d'emblée niée. Toujours au plan psychiatrique, le recourant considère encore que la CNA aurait dû investiguer la présence d'un trouble somatoforme douloureux, compte tenu des douleurs qu'il présente à l'épaule gauche. En l'occurrence, en l'état du dossier, aucun élément ne permet de suspecter la présence d'un tel trouble, dont le lien de causalité avec l'accident ferait de toute façon défaut. C'est donc à juste titre que la CNA n'a pas investigué cette question, étant précisé qu'il n'appartient pas à l'assureur-accident de rechercher toutes les maladies dont pourrait être atteint un assuré avant de statuer.

- 13 - Dans ces circonstances, la CNA était légitimée à considérer que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 5. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. a) A titre liminaire, on notera que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de l'appréciation émise en matière d'assurance- invalidité. b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en

exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de

- 14 - comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 9C_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2). c) aa) Pour fixer le revenu d'invalidé, on se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). 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 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 consid. 4.2.2). bb) En l'occurrence, l'intimée a déterminé le revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant de cinq DPT, et a ainsi retenu un revenu de 60'864 francs. Le recourant fait valoir que ces DPT tiennent uniquement compte des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche, mais non de la droite (déterminations du 2 décembre 2016). Elles ne prennent en outre pas en considération sa situation actuelle au plan

- 15 - psychiatrique, avec la présence d'un éventuel trouble somatoforme douloureux. Le bien-fondé du choix des DPT opéré par l'intimée doit être examiné uniquement à la lumière des lésions se trouvant en lien de causalité avec l'accident de juin 2012. Or on l'a vu, les troubles que présente l'assuré à l'épaule droite n'ont pas d'origine accidentelle, de même que d'éventuelles pathologies psychiatriques, de sorte que la CNA n'avait pas à en tenir compte dans son analyse du revenu d'invalidé. Pour le surplus, il convient de constater que dans le choix des DPT, la CNA a pris en compte la nécessité d'une activité légère et les limitations fonctionnelles liées à l'épaule gauche, déterminées par le Dr V. _____ et non contestées par les autres médecins consultés. Les DPT choisies par la CNA ne sont donc pas critiquables. Cette dernière a en outre respecté les conditions imposées par la jurisprudence en la matière (cf. consid. 5c supra). Le revenu moyen d'invalidé de 60'864 fr. retenu par l'intimée ne prête ainsi pas le flanc à la critique. d) aa) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière

la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). bb) En l'occurrence, pour déterminer le revenu sans invalidité du recourant, l'intimée a fait une moyenne des revenus perçus par l'intéressé entre 2010, 2011 et 2012, soit un montant de 61'769.-,

- 16 - correspondant à un revenu mensuel moyen (12 mensualités) de 5'147 francs. La Cour de céans ne saurait cependant se rallier à l'approche retenue par l'intimée. En effet, quand bien même E._____ est gérant de X._____, il n'en demeure pas moins qu'il conserve un statut d'employé et qu'il est salarié de cette entreprise. Au surplus, il ne ressort pas du dossier que l'intéressé était assuré contre les accidents selon la LAA à titre facultatif, comme c'est normalement le cas des indépendants (art. 4 al. 1 LAA). Dès lors, il ne se justifie pas de s'écarter du principe dégagé par la jurisprudence selon lequel le salaire sans invalidité se déduit du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé (consid. 5d supra). Or le dernier salaire perçu par le recourant avant l'accident du 1er juin 2012 s'élevait à 5'600 fr. brut en 2012 (cf. relevé fiduciaire 2012, établi le 11 décembre 2014), date de l'événement assuré, ce qui correspond au demeurant à ce qui a été déclaré à l'AVS cette même année, soit un salaire annuel de 67'200 fr. sans 13ème salaire (cf. extrait du compte individuel établi par la Caisse cantonale vaudoise de compensation). C'est d'ailleurs sur la base de ce salaire également que les indemnités journalières de l'assurance-accidents ont été calculées. Rien ne laisse à penser que sans invalidité, l'assuré n'aurait pas continué à percevoir ce revenu, dont le montant ne diffère au demeurant guère de celui garanti par la convention collective de travail du second œuvre (cf. selon info VD, le revenu minimum de la classe A, en 2013 se montait à 66'989 francs – réf. communication interne du 4 mars 2015, dossier OAI doc 76 – page 2). On ajoutera enfin que l'assuré était dans la troisième année de sa nouvelle activité et, que visiblement, sa société n'avait pas encore atteint son plein rendement. Le revenu réalisé en 2012 constitue vraisemblablement le minimum de ce que l'assuré pouvait dégager par son activité et il ne se justifie pas de le réduire en tenant compte des revenus réalisés durant les deux premières années d'activité. Au vu de ces considérations, il s'ensuit que le revenu sans invalidité doit être évalué sur la base du salaire de 5'600 fr. que le recourant réalisait concrètement au moment de son accident, ce qui

- 17 - correspond à un revenu annuel de 67'200 fr. par année, étant précisé qu'il ne percevait pas de treizième salaire (cf. p. 125 et 127 du dossier LAA). Après indexation de ce montant à 2014 (+ 0,7% en 2013, + 0,8% en 2014 [Office fédéral de la statistique OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1990-2015]), on aboutit ainsi à un revenu sans invalidité de 68'211 francs. Cette appréciation a du reste le mérite de se rapprocher de celle retenue par l'OAI (cf. REA – Calcul du salaire exigible du 5 juillet 2016, pièce 123 du dossier AI), cet office ayant déterminé le salaire sans invalidité pour 2014 également (année d'ouverture du droit éventuel à la rente selon l'AI). La comparaison du revenu de valide (68'211 fr.) avec le revenu d'invalidé déterminé sur la base des DPT (60'864 fr.) conduit à une perte de gain de 7'347 fr., ce qui correspond à un degré d'invalidité de 10,77 % ($7347 / 68'211 \times 100$), taux suffisant pour ouvrir le droit de l'assuré à une rente d'invalidité (art. 18 LAA). L'état de santé de l'assuré a été considéré comme stabilisé à partir de du 1er février 2015 (cf. courrier du 19 décembre 2014 de la CNA), de

sorte que le droit à la rente prend naissance à cette date (art. 19 LAA). 6. Finalement, il reste encore à examiner l'octroi d'une éventuelle IPAI. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance sur l'assurance- accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel

- 18 - assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_705/2010 du 15 février 2012 consid. 4.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs

- 19 - indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) En l'espèce, dans son rapport du 20 octobre 2014, le Dr V. _____, – seul médecin à s'être prononcé sur la question – a retenu que l'examen clinique de l'épaule gauche montrait une épaule souple, avec des tendons de la coiffe des rotateurs fonctionnels et une mobilité active pratiquement complète. Il a fixé le taux d'indemnisation de 5% en procédant par analogie conformément à l'annexe 3 ch. 1 OLAA, en se référant à une omarthrose débutante au motif que la bonne fonction de l'épaule était conservée. L'appréciation du Dr

V. _____ échappe à la critique, quoi qu'en dise l'assuré, ce d'autant qu'il n'est contredit par aucun autre médecin. 7. En définitive, le recours, bien fondé, doit être partiellement admis, ce qui entraîne la réforme de la décision entreprise, en ce sens que l'assuré est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 10,77% dès le 1er février 2015. La conclusion relative à l'IPAI est en revanche rejetée. Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre d'une expertise et de toutes autres mesures d'instructions requises par le recourant n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1). 8. a) Le recourant voit ses conclusions partiellement admises, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens réduits à la charge de l'intimée. Il convient de fixer cette indemnité à 2'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA).

- 20 - b) Le recourant a par ailleurs été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure sera supportée par le canton, provisoirement (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Boschetti a produit le 23 novembre 2018 le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente cause. Il a chiffré ses opérations à 21 heures et 30 minutes et ses débours à 50 francs. Cependant, après examen, le temps consacré à la réalisation de certaines activités paraît trop important eu égard à la complexité de la cause, si bien qu'il convient de réduire le nombre d'heures comme suit : 4 heures pour la rédaction du recours et des déterminations, dans la mesure où le recours contient huit pages, dont une page de garde, une page de conclusions, une page de mesures d'instruction et une page consacrée à la requête d'assistance judiciaire, et que les déterminations comprennent cinq pages, dont une page de garde et deux pages consacrées aux mesures d'instruction et aux conclusions. S'agissant du poste « suivi du dossier », au vu de la complexité de la cause, il sera réduit de 7 heures 30 à 5 heures 30. Quant aux lettres, on constate que le conseil d'office n'indique aucun détail s'agissant de la date de leur envoi, mentionnant uniquement qu'il a rédigé, notamment, 19 courriers à son client, 10 courriers à la Cour des assurances sociales, dont on ne retrouve pas l'équivalent au dossier, et 4 courriers à [...], soit un correspondant qui n'est manifestement pas partie à la présente procédure. Ce poste pour lequel l'avocat a consacré 4 heures 45 semble donc trop élevé, et doit ainsi être réduit à 3 heures. Afin de rapporter les heures dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires en l'espèce, le temps total consacré doit donc être réduit à 16 heures et 45 minutes. Partant, pour l'année 2017, il y a lieu de prendre en compte un total de 15 heures 6 minutes effectuées par Me Boschetti, au tarif horaire de 180 fr., soit 2'718 francs. A cette somme s'ajoute la TVA de 8% par 217 fr. 45, pour un total de 2'935 fr. 45. Concernant l'année 2018, les heures

- 21 - de travail réalisées par Me Boschetti sont diminuées à 1 heure 40, pour un montant de 300 francs, plus la TVA de 7.7% par 23 fr. 10, soit 323 fr. 10 au total. Il y a encore lieu d'ajouter la somme de 50 fr. de débours, comprenant déjà la TVA. Au total, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3'308 fr. 55, débours et TVA compris. Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 2'000 fr., le solde de 1'308 fr. 55 (3'308 fr. 55 – 2'000 fr.) est provisoirement supporté par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce dernier montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. CPC et 18 al. 5 LPA-VD).

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