

## **VD\_GERICHTE ZA16.040624 vom 17. August 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-08-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA16.040624](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.040624)

FR: VD\_GERICHTE ZA16.040624 du 17 août 2017

IT: VD\_GERICHTE ZA16.040624 del 17 agosto 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

février 2013 du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie au Centre d'imagerie [...] (ci-après : Centre d'imagerie M. \_\_\_\_\_), dans lequel il avait relevé un bon inspirium, l'absence de nodule pulmonaire suspect et d'infiltrat, une silhouette cardiomédiastinale normale ainsi qu'une fracture d'aspect ancien et consolidée de l'extrémité antérieure de la neuvième et de la dixième côte gauche. Les sinus costo-phréniques étaient libres. Par courrier du 19 août 2013, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a informé la CNA que l'assuré présentait une lésion de la coiffe de son épaule à droite et qu'il serait opéré le 1er octobre 2013 de la réparation de la coiffe par arthroscopie. Il a demandé une confirmation de la prise en charge de la prestation. Le chirurgien a joint à son courrier des rapports relatifs aux consultations des 6 juin, 4 juillet et 15 août 2013, adressés à l'inspecteur des sinistres corporels de l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'intéressé. Dans le rapport le plus récent, le chirurgien avait notamment posé les diagnostics de lésion quasi transfixiante tendon sus-épineux droit, de lésion type SLAP II (lésions antéro-postérieures du labrum supérieur) droit, de lésion partie haute tendon sous-scapulaire avec subluxation médiale du long chef du biceps (LCB) à droite et de lésion partielle du tendon sus-épineux gauche. Il en ressortait par ailleurs que le patient présentait des douleurs aux deux épaules dans le cadre d'une lésion tendineuse à droite comme à gauche. La CNA a pris en charge l'intervention chirurgicale prévue le 1er octobre 2013.

- 5 - Par courrier du 10 septembre 2013, G. \_\_\_\_\_ GmbH a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 novembre 2013. Dans un rapport médical intermédiaire du 13 décembre 2013, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de status post opération épaule droite le 1er octobre 2013. Elle a jugé l'évolution normale, précisant que le patient allait voir l'orthopédiste en janvier 2014. Elle s'est déclarée dans l'impossibilité de prendre position sur une date de reprise du travail (point d'interrogation). Dans un rapport médical du 6 janvier 2014, le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de status post réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, ténodèse du long chef du biceps (LCB), débridement du labrum supérieur, synovectomie partielle, acromioplastie par arthroscopie, épaule droite le 1er octobre 2013. Il a relevé que, au dernier contrôle du 6 janvier 2014, l'évolution était objectivement et subjectivement favorable. Le pronostic était bon. Le chirurgien a par ailleurs retenu que le patient était en arrêt de travail à 100 % depuis le 1er octobre 2013. Dans un rapport médical du 7 avril 2014, le Dr X. \_\_\_\_\_ a répété le diagnostic posé le 6 janvier 2014 et ajouté celui de lésion partielle de plus de 50 % face articulaire du tendon sus-épineux, épaule gauche, en augmentation depuis le dernier contrôle de juillet 2013. Il a observé qu'au contrôle du 7 avril 2014, l'évolution était objectivement et subjectivement stagnante en ce qui concernait l'épaule droite. S'agissant

de l'épaule gauche, l'évolution était objectivement défavorable, dans le sens où la lésion augmentait de taille. Le chirurgien a par ailleurs considéré qu'il était difficile de faire un pronostic chez le patient et a relevé que ce dernier avait apparemment des problèmes de dépression, avant de renvoyer au médecin traitant plus au courant des diagnostics secondaires. Le 5 mai 2014, le Dr X. \_\_\_\_\_ a informé la CNA que le patient présentait une lésion de la coiffe de son épaule à gauche et qu'il serait

- 6 - opéré par arthroscopie le 26 août 2014. Il a demandé une confirmation de la prise en charge des prestations. Par courrier du 15 mai 2014, la CNA a confirmé la prise en charge de l'intervention chirurgicale prévue le 26 août 2014. Dans un rapport médical intermédiaire du 2 juin 2014, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'importante sténose voire occlusion de l'artère sous-clavière supérieure à 98 %, qu'elle a qualifié de « nouveau ». Elle a pour le surplus renvoyé à son rapport précédent et s'est déclarée dans l'impossibilité de prendre position sur une date de reprise du travail (point d'interrogation). La praticienne a par ailleurs notamment produit un rapport de CT cérébral et cervical, angio-CT artériel cérébral et précérébral du 16 mai 2014 du Centre d'imagerie M. \_\_\_\_\_, duquel il ressortait que le patient se plaignait de céphalées intensives à l'effort avec composante pulsatile. Le CT-cervical ne montrait pas de signe de hernie discale significative ni d'épaississement du canal osseux ou de rétrécissement significatif des trous de conjugaison. Il n'y avait pas non plus de tassements vertébraux, ni d'anévrisme intracrânien visible ou de signe de lésion tumorale. Une sténose subtotale voire complète à l'origine de l'artère sous-clavière gauche était en revanche observée sur une distance de 2 cm. Selon un rapport « case team » du 15 juillet 2014, le Dr V. \_\_\_\_\_, praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que les céphalées n'étaient en l'état du dossier pas en relation de causalité avec l'accident. Jusqu'à ce jour, l'assuré ne s'était pas plaint de maux de tête ni d'ailleurs d'avoir été victime d'un choc ou de douleurs à ce niveau- là au moment de l'accident. S'agissant de l'intervention à l'épaule gauche, le médecin ne comprenait pas pourquoi la prise en charge avait été acceptée. Il y avait lieu de demander des explications au Dr X. \_\_\_\_\_ pour savoir sur quelle base il mettait cette intervention en lien avec l'accident et il fallait revenir sur la garantie de prise en charge.

- 7 - Par courrier du 17 juillet 2014 à l'assuré, la CNA a refusé la prise en charge des frais relatifs aux douleurs à la tête, au motif que, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, elles n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 8 octobre 2012. Par courrier du même jour au Dr X. \_\_\_\_\_, la CNA a annulé l'acceptation de prise en charge de l'intervention du 26 août 2014 et lui a demandé des renseignements supplémentaires. Par courrier du 24 juillet 2014, l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'intéressé a informé la CNA qu'elle avait fait suivre l'assuré par son détective. A cette occasion, elle lui a transmis un rapport de filature et deux procès-verbaux d'entretien datés du 21 juillet 2014 et signés par ce dernier. Il ressortait en particulier du procès-verbal d'entretien n°2 relatif à la présentation de la surveillance effectuée que l'assuré avait admis qu'il avait exagéré ses limitations. Par courrier du 14 août 2014, le Dr X. \_\_\_\_\_ a relevé que l'échographie du 6 février 2013 n'avait pas montré de lésion au niveau de l'épaule gauche, étant précisé qu'une échographie était très peu sensible et que l'examen le plus sensible au niveau de la coiffe des rotateurs était l'arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique). A cet égard, il a relevé que l'arthro-IRM effectuée le 22 juillet 2013 montrait une petite déchirure de la face superficielle distale du sus-épineux alors que celle du 4 avril 2014 montrait une augmentation de la lésion du tendon

sus-épineux, ce qui démontrait bien que la lésion progressait. La lésion de l'épaule gauche avait été mise en relation avec l'accident du 8 octobre 2012, car les douleurs étaient apparues après cet événement. Par courrier du 19 août 2014, la CNA a accepté de prendre en charge les frais de l'intervention prévue le 26 août 2014. Selon un compte-rendu d'un entretien du 20 novembre 2014 entre un inspecteur de la CNA et l'assuré, ce dernier a déclaré que, même si son épaule droite allait nettement mieux que la gauche récemment opérée, il restait toujours limité au niveau des charges et de certains

- 8 - mouvements d'élévation, tout comme pour mettre sa main droite derrière le dos. S'agissant de son épaule gauche, il n'en était qu'au début de sa rééducation. Par ailleurs, l'intéressé a dit vivre psychologiquement une situation insoutenable et être complètement dépassé par les événements, si bien que sur conseil de son médecin traitant, il consultait une fois par mois le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui lui prescrivait des calmants. Il consultait également régulièrement son médecin traitant pour un suivi au niveau de ses côtes cassées qui le faisaient souffrir particulièrement en mangeant, des médicaments lui étant prescrits pour tenter de le soulager. Dans un rapport à la Dresse T. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2014, le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, synovectomie partielle, acromioplastie par arthroscopie, épaule gauche, le 26 août 2014 (trois mois) et de status post réparation du tendon sus-épineux par technique double rangée, ténodèse du long chef du biceps (LCB), débridement du labrum supérieur, synovectomie partielle, acromioplastie par arthroscopie, épaule droite, le 1er octobre 2013 (13 mois). En ce qui concernait l'épaule droite, il a observé que l'évolution était objectivement et subjectivement favorable, le patient ayant un status de l'épaule quasi normal même s'il disait garder toujours un peu des douleurs. S'agissant de l'épaule gauche, il a précisé que l'intéressé avait un test de Jobe bien tenu et une bonne mobilité de l'épaule. Il a encore ajouté qu'il fallait voir, à six mois de l'opération de l'épaule gauche, si on ne pouvait pas reconvertir le patient car, dans un travail lourd, cela risquait d'être difficile au vu de son manque de motivation. Il aurait fallu le reconvertir dans un travail sans port de charges, dans un travail administratif, où il aurait bien pu travailler à 100 %. Dans un rapport médical intermédiaire du 1er janvier 2015, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post opération de l'épaule gauche le 26 août 2014 et de status post opération de l'épaule droite le 1er octobre 2013. Elle s'est déclarée dans l'impossibilité de prendre position sur une date de reprise du travail (point d'interrogation),

- 9 - mais a retenu que le patient pouvait « reprendre en tout cas un travail pas (trop) lourd ». Dans un rapport du 16 janvier 2015 à la Dresse T. \_\_\_\_\_, le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé les mêmes diagnostics que dans son rapport du 27 novembre 2014. Il a ajouté qu'en ce qui concernait l'épaule droite, l'évolution était objectivement favorable, le patient ayant fait une IRM de contrôle qui montrait un tendon en continuité. S'agissant de l'épaule gauche, il était à quatre mois avec un test de Jobe bien tenu et une bonne mobilité de l'épaule. Le chirurgien a par ailleurs relevé que le patient avait un gros manque de motivation et était très plaintif. De plus, sa femme était apparemment atteinte de fibromyalgie. Objectivement, il avait de bons tests et une bonne mobilité de l'épaule, mais il était clair qu'il ne pourrait jamais reprendre un travail de force. Il fallait le reconvertir dans un travail de bureau. Le chirurgien a ajouté qu'il avait demandé au patient de faire une demande AI pour reconversion et qu'il demandait aussi au médecin de la CNA de le convoquer pour faire un bilan, afin de voir ce qu'il était possible de faire comme reconversion professionnelle. Le 5

février 2015, l'assuré a été examiné par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport d'examen final daté du même jour, il a résumé les pièces au dossier avant de rapporter les déclarations de l'assuré et ses constatations cliniques. Il a ensuite retenu ce qui suit : "Appréciation L'assuré est vu à 16 mois de l'intervention chirurgicale de l'épaule D et à 5 mois de l'intervention chirurgicale de l'épaule G. L'évolution fut marquée par la persistance de douleurs surtout à G. Une IRM de contrôle de l'épaule D montre que les tendons de la coiffe des rotateurs sont en continuité. L'évolution est, objectivement, favorable. L'assuré affirme que, depuis plusieurs semaines, il n'y pas de changement dans l'état des épaules. On peut considérer le cas comme stabilisé.

- 10 - Restent à la charge de la Suva 2 ou 3 séries de 9 séances de physiothérapie durant l'année 2015 pour autant qu'elles soient prescrites par ses médecins. Les médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires pour autant qu'ils soient prescrits par son médecin ainsi que des consultations de contrôle soit chez son médecin-traitant, soit chez le Dr X. \_\_\_\_\_ chaque 3 mois environ durant l'année 2015. En ce qui concerne la capacité de travail, il est clair que l'état des épaules de l'assuré ne lui permettra pas de reprendre ses activités de chauffeur-livreur. Il est désormais apte à travailler dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. Il doit éviter le port de charges supérieures à 10 kg. Il doit éviter le soulèvement des charges de plus de 5 kg. Il doit éviter les métiers qui impliquent une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale ainsi que les mouvements répétés des épaules. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, l'exigibilité est complète. Il y a eu une atteinte durable à l'intégrité corporelle qui ouvre le droit à une indemnisation qui fait l'objet d'une appréciation séparée. Diagnostic - Douleurs persistantes des 2 épaules - Status après réparation du tendon du sus-épineux, ténodèse du LCB, débridement du labrum supérieur, acromioplastie par arthroscopie épaule D (01.10.2013) - Status après réparation du tendon du sus-épineux, synovectomie partielle et acromioplastie épaule G (26.08.2014) - Status après contusion thoracique G avec fracture des côtes 9 et

#### **E. 6.27**

%, de sorte que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité. Ce dernier n'aurait pas davantage droit à une rente avec la prise en compte de l'augmentation des salaires nominaux entre 2015 et 2016 (revenu sans invalidité de 60'420 fr.), la perte de gain se montant alors à 6.92 %. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être confirmée en tant qu'elle refuse une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à l'intéressé. 8. Finalement, il reste encore à examiner le taux de l'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 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 assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

- 41 - 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 ; 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 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 ;

- 42 - 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.

- 43 - b) En l'espèce, le Dr H.\_\_\_\_\_ retient deux atteintes à l'intégrité : une lésion équivalente à une périarthrite scapulo-humérale moyenne (épaule gauche), donnant droit à une indemnisation de 10 % selon le Tableau 1 – Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs édité par la CNA, et un état équivalant à une périarthrite scapulo-humérale légère (épaule droite) ne donnant droit à aucune indemnité selon l'annexe 3 OLAA et le tableau précité (estimation de l'atteinte à l'intégrité du 5 février 2015 et rapport d'examen médical final du 18 janvier 2016, p. 7/7). Le taux de l'IPAI pour l'épaule gauche n'a jamais été contesté et doit être confirmé. Il en va de même du taux de l'IPAI pour l'épaule droite – critiqué par l'intéressé dans son opposition du 11 juillet 2016 mais plus dans son recours –, dans la mesure où aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_, dont le rapport doit être considéré comme probant (consid. 6a/aa supra). Il a en particulier tenu compte du fait que l'intéressé déclare encore souffrir de cette épaule lorsqu'il fait des mouvements de rétropulsion et soulève des charges. Il n'y a dès lors pas lieu d'admettre que l'atteinte en question équivaldrait à une périarthrite scapulo-humérale moyenne. Par conséquent, l'IPAI telle que fixée par l'intimée (10 %) doit être confirmée. 9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) 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, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA). c) Par décision du 15 septembre 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 9 juin 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la

personne de Me Treyvaud.

- 44 - Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. Sur la base de la liste des opérations du 23 juin 2017, il convient d'arrêter à 1'980 fr. l'indemnité de Me Treyvaud, correspondant à onze heures de travail à un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 27 fr. 30 et la TVA au taux de 8 %. Cela représente un montant total de 2'167 fr. 90 (1'980 fr. + 27 fr. 30 + 160 fr. 60) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du

### **E. 10**

à gauche. - Epicondylite bilatérale (cas non Suva). - Cervicalgies (cas non Suva).  
Appréciation L'assuré est vu à 27 mois de l'intervention de l'épaule D et à 7 mois de la reprise chirurgicale à gauche. A droite, l'évolution est stationnaire. Persistance de douleurs lors des mouvements de rétropulsion. A noter une IRM post-opératoire montrant une intégrité des tendons. A gauche, persistance des douleurs à la mobilisation. On peut considérer le cas comme stabilisé. En ce qui concerne la capacité de travail, l'assuré n'est plus apte à exercer la profession de chauffeur-livreur. Il est désormais apte à travailler à 100 % dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire, un travail dans lequel il évitera de porter des charges de plus de 10 kg. Il doit éviter de soulever des charges de plus de 5 kg. Il doit éviter les métiers qui impliquent une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale ainsi que les mouvements répétés de celles-ci. Restent à la charge de la Suva, 2 à 3 séries de 9 séances de physiothérapie pour autant qu'elles soient prescrites par les médecins-traitants, les médicaments antalgiques et AINS prescrits par les médecins-traitants ainsi que 2 à 3 consultations par année de contrôle. Une IPAI a déjà été estimée en février 2015 pour l'épaule G. L'état actuel de l'épaule D est équivalent à une périarthrite scapulo-humérale légère qui ne donne droit à aucune IPAI, selon l'annexe 3 de l'OLAA et les tables de la Suva." Par courrier du 31 mars 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement de l'indemnité journalière et au remboursement des frais de traitement à compter du 1er juin 2016, sous réserve de la prise en charge de deux à trois consultations de contrôle par année ainsi que de deux à trois séries de neuf séances de physiothérapie sur prescription médicale et les médicaments antalgiques et AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) prescrits par son médecin. Elle était par ailleurs en train d'examiner si elle pouvait lui allouer d'autres prestations d'assurance et

- 16 - l'en informerait dès que possible. Elle lui communiquerait par courrier séparé le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à laquelle il avait droit. Dans un courrier du 7 avril 2016 adressé à la Dresse T. \_\_\_\_\_, le Dr X. \_\_\_\_\_ a relevé avoir été informé par le patient que la CNA allait cesser ses prestations au 31 mai 2016 et qu'il devait soit faire une demande AI, soit s'inscrire au chômage. Il a ajouté avoir fait un arrêt de travail jusqu'à cette date, avant de préciser qu'il n'avait pas prévu de revoir le patient mais restait à disposition s'il fallait réévaluer la situation. Il ressortait d'un résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente du 8 juin 2016 que l'assuré

présentait une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de porter des charges de plus de 10 kg et de soulever des charges de plus de 5 kg, les métiers nécessitant une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale ainsi que des mouvements répétés des épaules devant être évités. Sur la base des descriptions de cinq postes de travail (ci-après : DPT) retenus parmi quarante-quatre DPT listés – à savoir surveillant de machine (salaire moyen : 53'300 fr.), ouvrier d'usine (salaire moyen : 53'950 fr.), caissier polyvalent (salaire moyen : 54'275 fr.), ouvrier (salaire moyen : 59'400 fr.) et empileur (salaire moyen : 60'246 fr. 75) – un revenu de 56'234 fr. apparaissait accessible. Compte tenu du revenu présumable de 60'000 fr. indiqué par l'employeur pour 2015 (5'000 fr. x 12), qui aurait peut-être été très légèrement supérieur en 2016 (les chiffres de l'office fédéral de la statistique indiquaient une majoration prévue de 0,4 % pour 2016), le préjudice était inférieur à 10 %. Par ailleurs, l'IPAI était de 10 %. Par décision du 9 juin 2016, la CNA a refusé d'accorder une rente d'invalidité à l'assuré, faute de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. En substance, elle a considéré, sur la base des constatations médicales et en dépit des séquelles de l'accident, que l'assuré était à même d'exercer en plein une activité ne nécessitant pas de porter des charges de plus de 10 kg ou de soulever des charges supérieures à 5 kg, ni de mobilité des épaules au-delà de l'horizontale ou

- 17 - des mouvements répétés. Cette capacité de travail lui aurait permis de travailler dans un atelier industriel (surveillance ou desserte de machines, travaux de petite mécanique, contrôle ou assemblage de produits manufacturés, etc.) et d'obtenir un salaire de 56'234 francs. Comparé à un revenu d'environ 60'000 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte économique largement inférieure à 10 %. La CNA a encore relevé que l'examen de la rente CNA ne s'effectuait que pour les séquelles résultant de l'accident, mais pas pour les atteintes consécutives à une maladie (cervicalgies, épicondylite bilatérale, troubles psychiques éventuels, à défaut de relation de causalité adéquate pour ces derniers). Par ailleurs, elle a retenu que l'IPAI, fixée à 10%, s'élevait à 12'600 francs. Le 11 juillet 2016, l'assuré, représenté par son conseil, s'est opposé à la décision précitée. En résumé, il a contesté pouvoir obtenir un salaire de 56'234 fr., alléguant ne même plus pouvoir faire chez lui les choses qu'il faisait auparavant. Il a également fait valoir qu'une IRM récente avait démontré qu'il avait de l'eau dans l'épaule droite. Dans ces conditions, il était difficile d'imaginer qu'il pouvait « travailler à un taux d'invalidité supérieur à 60 % ». L'assuré a requis une rente d'invalidité correspondant à un taux de 40 % ou, à tout le moins, une expertise. Finalement, il a soutenu que le taux de l'IPAI aurait dû être augmenté, vu l'absence d'amélioration de l'état de son épaule droite. Par décision sur opposition du 15 juillet 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 9 juin 2016. Elle a estimé en particulier que les conclusions médicales du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, sur lesquelles elle se fondait avaient entière valeur probante, étant précisé que le Dr H.\_\_\_\_\_, autre médecin d'arrondissement, avait reconnu les mêmes limitations le 5 février 2015. Elle a ajouté que la comparaison entre le revenu présumable d'invalidité, dont la fixation dans la décision ne prêtait pas flanc à la critique, et le revenu sans invalidité, non contesté, laissait apparaître une perte de

#### **E. 14**

février 2007 consid. 4.2) ainsi qu'un accident dans lequel le frère de l'assuré a été tué après une collision frontale provoquée par un conducteur ivre et à l'occasion duquel, hormis l'assuré, les autres passagers du véhicule et le conducteur fautif n'ont pas été grièvement blessés. En outre, le Tribunal fédéral a qualifié de gravité moyenne un accident au cours

duquel un véhicule roulant en sens inverse à une vitesse de 90 km/h a dévié au centre de la chaussée, franchi la ligne de sécurité et heurté le flanc gauche de la voiture de l'assurée, qui a été projetée contre la glissière de sécurité avant de finir sa course de l'autre côté de la chaussée, et qui souffrait de douleurs cervicales mais avait pu quitter l'hôpital après une semaine (TF 8C\_767/2009 du 3 août 2010 consid. 4.2). Finalement, a été qualifiée de grave, une collision frontale lors de laquelle deux personnes ont été tuées et l'assuré grièvement blessé (TFA U\_145/94 du 15 décembre 1994). ccc) Au vu du déroulement de l'accident et des exemples jurisprudentiels précités, il apparaît que l'accident du 8 octobre 2012 est tout au plus de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents

- 33 - graves. Or, il s'avère que les critères de gravité développés par la jurisprudence ne sont pas remplis. Objectivement considéré, l'événement du 8 octobre 2012 n'a pas un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant compte tenu des circonstances du cas d'espèce. Le traitement des lésions résultant de l'accident (lésions des épaules gauche et droite et contusion thoracique avec fracture des côtes 9 et 10 à gauche) n'a pas été anormalement long vu leur nature et il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation des séquelles de l'accident. Il n'y a pas non plus eu de difficultés ou de complications importantes lors de la guérison des atteintes liées à l'événement accidentel, même si l'épaule gauche du recourant a dû être opérée à deux reprises. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a en effet estimé tout au long du processus que l'évolution postopératoire était objectivement et subjectivement favorable (rapports médicaux des 27 novembre 2014, 16 janvier, 29 juin et 17 novembre 2015 et 12 janvier 2016), ce qui a également été confirmé par le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen du 5 février 2015 (p. 6/7). Pour le surplus, la fracture consolidée des côtes 9 et 10 à gauche était d'aspect ancien en février 2013 déjà (rapport de radiographie du thorax face PA debout et gril costal gauche du 6 février 2013). Dans ce contexte, les éventuelles atteintes psychiques du recourant ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement accidentel du 8 octobre 2012, comme l'a d'ailleurs retenu la CNA dans son courrier du 6 août 2015 refusant toute prise en charge du traitement psychiatrique de l'intéressé. Partant, le recourant n'a pas droit à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec les conséquences de celles-ci. cc) Au vu de ce qui précède, c'est à raison qu'un lien de causalité pour le moins probable entre l'accident et les cervicalgies de l'intéressé a été nié. Il en est de même s'agissant de ses éventuels troubles psychiques.

- 34 - b) En l'absence de tout lien de causalité entre les cervicalgies, respectivement les troubles psychiques allégués, et l'accident du 8 octobre 2012, l'évaluation du degré d'invalidité du recourant repose sur l'atteinte à ses épaules et la contusion thoracique gauche avec fracture de la neuvième et de la dixième côte à gauche. aa) A cet égard, le Dr H. \_\_\_\_\_, dont le rapport d'examen médical peut être qualifié de probant comme déjà exposé ci-dessus (consid. 6a/aa supra), retient que le recourant n'est plus apte à exercer son ancienne profession de chauffeur-livreur, mais qu'il peut travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans port de charge de plus de 10 kg, sans soulever des charges de plus de 5 kg, sans mobilité des épaules au-delà de l'horizontale et sans mouvements répétés des épaules (examen médical final du 18 janvier 2016, p. 6/7). Cette appréciation confirme les conclusions de son examen médical final du 5 février 2015. bb) Le recourant conteste disposer d'une capacité résiduelle de travail à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il se déclare « absolument pas en état de travailler » (recours, p. 3) en se référant aux rapports de son médecin traitant et du Dr

X.\_\_\_\_\_. La Cour observe toutefois qu'aucun élément médical au dossier ne justifie de s'écarter de l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_. Le Dr X.\_\_\_\_\_ estime depuis avril 2014 que le recourant n'est plus apte à exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur, qui exige un travail de force qu'il ne pourra pas reprendre, et qu'il devrait être reconverti dans une activité légère, sans port de charge et sans travaux en dessus de l'horizontale, s'il ne bénéficiait pas d'une rente d'invalidité une fois le traitement des lésions de ses épaules terminé. Il le répète à maintes reprises depuis ce moment-là, malgré les nombreuses plaintes de son patient, sans envisager d'activité à temps partiel (rapports et courriers des 8 avril 2014, 5 mai 2014, 27 novembre 2014, 16 janvier 2015,

- 35 -

### **E. 17**

novembre 2015 et 12 janvier 2016). Il a même articulé un taux de travail à 100 % dans une activité adaptée dans un rapport à la Dresse T.\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2014. Par ailleurs, il apparaît que depuis novembre 2015, voire janvier 2016 au plus tard, l'orthopédiste prolonge l'incapacité de travail du recourant plus par égard pour lui que pour de véritables raisons médicales, le temps qu'une décision soit prise à son sujet par les différentes assurances sociales appelées à se déterminer (rapport du 17 novembre 2015 et courrier du 12 janvier 2016 dans lequel il a écrit « pour ma part, je ne peux rien faire d'autre que de continuer l'arrêt de travail chez ce patient mais il faut, soit qu'il obtienne une rente AI, soit qu'on le reconvertisse dans un travail où il n'y a pas de port de charge »). De surcroît, dans tous les cas, le Dr X.\_\_\_\_\_ considérait que le recourant était capable de travailler au moment où la décision de la CNA a été rendue, le 9 juin 2016. En effet, après avoir appris que la CNA allait cesser le 31 mai 2016 de verser des indemnités journalières et de rembourser les frais de traitement, il a prolongé une ultime fois l'incapacité de travail jusqu'à cette date (courrier du 7 avril 2016 à la Dresse T.\_\_\_\_\_). Dans ce contexte, force est de constater que l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_ rejoint celle du Dr H.\_\_\_\_\_, contrairement à ce que peut alléguer l'intéressé dans son recours. La Dresse T.\_\_\_\_\_ retient que le recourant n'est pas capable de travailler à plus de 60 % dans une activité adaptée sur la base des diagnostics de fracture des côtes 9 et 10 à gauche, de lésion quasi transfixiante du tendon sus-épineux à droite opéré le 1er octobre 2013, de lésion partielle du tendon sus-épineux à gauche opéré le 26 août 2014, de contusions du genou des deux côtés et de raideurs cervicales (certificat du 11 septembre 2016). Cela dit, la praticienne se contente de rapporter les plaintes de son patient, sans étayer son propos sur le plan clinique. En particulier, les douleurs thoraciques invoquées ne sont objectivées par aucun élément médical. La fracture des côtes 9 et 10 à gauche est consolidée depuis de nombreuses années (rapport de radiographie du thorax face PA debout et gril costal gauche du 6 février 2013) et aucun examen ne justifie les plaintes du recourant à ce niveau. L'intéressé ne fait d'ailleurs plus état de douleurs thoraciques depuis son entretien du 20

- 36 - novembre 2014 avec un inspecteur de la CNA. Il ne les a en particulier mentionnées ni lors des entretiens des 5 février 2015 et 18 janvier 2016 avec le Dr H.\_\_\_\_\_, ni lors de l'entretien du 8 octobre 2015 avec un collaborateur de la CNA. On relèvera encore que la Dresse T.\_\_\_\_\_ tient compte des cervicalgies, alors que ces lésions sont sans lien de causalité avec l'accident (consid. 6a/aa). Finalement, cette évaluation de la capacité de travail du recourant est en contradiction avec les propres prises de position passées de la praticienne – après s'être déclarée dans l'impossibilité de se prononcer sur une éventuelle reprise du travail (rapports médicaux intermédiaires des 10 avril 2013, 13 décembre 2013 et

2 juin 2014), elle a retenu que le patient pouvait « reprendre en tout cas un travail pas (trop) lourd » (rapport médical intermédiaire du 1er janvier 2015) – et avec l’appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_, alors qu’aucun élément médical nouveau n’est invoqué. Dans ce contexte, le point de vue subjectif de la Dresse T.\_\_\_\_\_, qui pourrait procéder de l’empathie du médecin traitant, ne justifie pas de s’écarter de l’avis bien motivé du Dr H.\_\_\_\_\_. cc) Au vu de ce précède, il y a lieu de retenir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles figurant dans la décision sur opposition de la CNA. c) Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n’y a dès lors pas lieu d’en compléter l’instruction en ordonnant une expertise comme l’a requis le recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l’instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d’une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu’elles ne pourraient pas l’amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C\_157/2016 du 4 août 2016 consid. 2.2).

- 37 - 7. Il convient maintenant de vérifier le degré d’invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. a) Si l’assuré est invalide à 10 % au moins par suite d’un accident, il a droit à une rente d’invalidité (art. 18 al. 1 LAA). La notion d’invalidité est, en principe, identique en matière d’assurance-accidents et d’assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d’une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l’assuré (art. 7 et 8 LPGA) ; l’uniformité de la notion d’invalidité n’a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l’obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l’évaluation de l’invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d et 119 V 471 consid. 4a ; VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D’un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d’un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s’en écarter que s’il existe des motifs suffisants. Peuvent constituer de tels motifs le fait qu’une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu’elle résulte d’une simple transaction conclue avec l’assuré ou de mesures d’instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu’elle n’est pas du tout convaincante ou entachée d’inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que 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). 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

- 38 - 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). 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 comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). b) On rappellera qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 240 p. 980). Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la

- 39 - jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_216/2016 du 30 septembre 2016 consid. 5.1 et 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, 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 ; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2). c) En l'occurrence, l'intimée a listé plus de quarante DPT et en a sélectionnées cinq, à savoir surveillant de machine, ouvrier d'usine, caissier polyvalent, ouvrier et empileur. Pour chacun des postes décrits, il n'est rarement, voire jamais, nécessaire de soulever et porter des charges de plus de 5 kg, et jamais nécessaire de soulever des charges au-dessus du buste. Ces activités sont donc en adéquation avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen médical final du 18 janvier 2016 (p. 6/7) Les DPT choisies et la manière dont elles ont été versées au dossier sont conformes à la jurisprudence (consid. 7b supra) et ne prêtent pas flanc à la critique. Le fait que, comme souligné par le recourant (recours, p. 4), la décision attaquée ne précise pas le genre d'activité qui doit être pratiquée, n'est absolument pas problématique. En effet, il lui suffisait de consulter le dossier de la CNA tenu à sa disposition tout au long de la procédure. Une copie lui a d'ailleurs été remise sur CD-ROM par courrier du 9 juin 2016. Il y a dès lors lieu de retenir que les cinq DPT sélectionnées par l'intimée peuvent être considérées comme adaptées au handicap du recourant et qu'il en résulte un gain avec invalidité de 56'234 fr. par an. Aucun grief n'est formulé par le recourant à l'encontre du revenu sans invalidité de 60'000 fr., retenu sur la base des informations

- 40 - communiquées par G. \_\_\_\_\_ GmbH en février et mars 2015 (5'000 fr. x 12). Ce montant n'est pas critiquable. Tout au plus, la CNA aurait-elle pu prendre en compte l'augmentation des salaires nominaux entre 2015 et 2016 (+0.7 % ; Indice suisse des salaires 2016, Office fédéral de la statistique [OFS]) pour déterminer celui-ci. Cela aurait donné un revenu sans invalidité très légèrement supérieur (60'420 fr.), ce qui n'aurait au final eu aucun effet sur les droits du recourant comme démontré ci-dessous. La comparaison entre le revenu sans invalidité (60'000 fr.) et le revenu avec invalidité (56'234 fr.) correspond à une perte de gain de

**E. 19**

décembre 2008 ; RS 272]). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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