

VD_GERICHTE ZA16.041267 vom 3. Mai 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-05-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.041267

FR: VD_GERICHTE ZA16.041267 du 3 mai 2018

IT: VD_GERICHTE ZA16.041267 del 3 maggio 2018

Erwägungen

E. 10

au 31 août 2015 en raison d'un accident, ainsi qu'un avis de sortie du 25 novembre 2015 de la Dresse D._____, médecin assistante à l'Hôpital V._____ (ci-après : V._____), ensuite d'une hospitalisation au V._____ du 26 octobre au 26 novembre 2015. Il en ressort que l'assuré a été pris en charge en raison de douleurs abdominales et d'une baisse de son état général. Le diagnostic principal de sténose obstructive sigmoïdienne sur diverticulite perforée couverte, avec abcès, et les diagnostics secondaires de malnutritions protéino-énergétique avec hypoalbuminémie et de fistule vésico-rectale ont été posés. L'assuré a été opéré le 17 novembre 2015, les interventions consistant en une laparotomie exploratrice, avec sigmoïdectomie et mise en place d'une iléotomie de protection, ainsi qu'une cystoscopie, avec la pose d'une sonde double J à gauche.

- 9 - Par décision sur opposition du 25 août 2016, la CNA a rejeté l'opposition et a confirmé la décision du 3 décembre 2015. Elle a réitéré les motifs précédemment avancés, notamment que la comparaison entre un salaire annuel exigible de 59'941 fr. (4'995 fr. mensuels) et un gain annuel présumable perdu de 84'072 fr. (7'006 fr. mensuels) révélait une perte de gain de 28.7 %, de sorte qu'une rente d'invalidité de 29 % devait effectivement être allouée à l'assuré. Elle a ajouté que les troubles ressortant de l'avis de sortie du 25 novembre 2015 du V._____ étaient, à l'évidence, étrangers à l'accident du 12 janvier 2010 et qu'elle n'avait donc pas à en répondre. Elle a enfin relevé, concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, que le Dr K._____ avait estimé le taux à 20 % en prenant en compte une certaine aggravation prévisible et la nécessité de mettre en place à moyen terme une prothèse de l'épaule. D. Par acte du 21 septembre 2016, Z._____, toujours représenté par Me Jean-David Pelot, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition susmentionnée, concluant à ce qu'elle soit « annulée », à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 100 % et à ce que le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit suspendu tant que le traitement n'était pas terminé. Il a, en substance, fait valoir les mêmes arguments que ceux soulevés dans son opposition du 4 janvier 2016. Par réponse du 11 janvier 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. En substance, compte tenu des limitations fonctionnelles ressortant du rapport du 20 octobre 2015 ensuite d'un examen clinique du 25 septembre 2015 rendu dans le cadre de la procédure de l'OAI par le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie et médecin auprès du SMR, l'intimée a considéré qu'il convenait de déterminer le revenu d'invalidé du recourant sur la base des salaires résultant l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Retenant un revenu d'invalidé déterminant pour l'année 2015 de 60'047 fr.04, elle a estimé le taux d'invalidité du recourant à 28.57 %, arrondi à 29 %, confirmant ainsi le taux estimé précédemment sur la base des DPT. Elle a encore relevé qu'il a été tenu compte, pour estimer le

- 10 - revenu d'invalidé à 60'047 fr.04, d'un niveau de qualification élémentaire, alors qu'il ressortait du dossier AI que l'assuré disposait des capacités pour mener à bien une formation dans le dessin en bâtiment. Le métier de dessinateur était une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé et lui permettrait de réaliser un revenu annuel brut de 76'104 fr., réduisant ainsi le taux d'invalidité. A l'appui de sa réponse, l'intimée a produit le dossier du recourant, une lettre de l'OAI du 23 novembre 2015 et le rapport susmentionné du 20 octobre 2015, par lequel le Dr M. _____ a posé le diagnostic – avec répercussion durable sur la capacité de travail – d'omarthrose et instabilité de l'épaule gauche consécutive au traumatisme du 12 janvier 2010 avec fracture capitale et sous-capitale comminutive, ainsi que les diagnostics – sans répercussion sur la capacité de travail – de lombalgie occasionnelle, sans déficit neurologique, et de status post fracture du tibia-péroné gauche. Il a reconnu au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes, en relation avec les atteintes à l'épaule gauche : éviter le port de charges près ou loin du corps, éviter les activités au-dessus du plan de l'épaule, éviter les activités en porte-à-faux, éviter l'utilisation des échelles et éviter les activités à genoux. Compte tenu de l'instabilité et de la laxité de l'épaule gauche, l'activité professionnelle devait pouvoir être accomplie essentiellement avec le membre supérieur droit, le membre supérieur gauche ne pouvant être utilisé que pour des gestes d'appoint. Un travail sur ordinateur, tel que dessinateur sur ordinateur, n'était pas contre-indiqué. Par décision du 10 février 2017, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 9 février 2017, notamment par l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-David Pelot. Par réplique du 6 mars 2017, le recourant a confirmé sa position. Le 10 novembre 2017, Me Pelot a produit la liste de ses opérations.

- 11 - E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 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 let. a LPA-VD). 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1) ; 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 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

- 12 - b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée 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. 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. b/aa) Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF [Tribunal fédéral] 8C_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.). 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 (non-application du

- 13 - raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). bb) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance- accidents implique 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 et 125 V 456 consid.5a et réf. cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). c/aa) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). bb) 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). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain 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

- 14 - d'activité, 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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. cc) 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 (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1)

- 15 - En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent 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 réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). 5. a) Le recourant présente des atteintes à son épaule gauche d'origine accidentelle. L'intimée a accepté de les prendre en charge, ce qui ne prête pas à discussion. b) L'intéressé allègue toutefois que la baisse de son état général, pour laquelle une hospitalisation au V. _____ a été nécessaire en automne 2015, est uniquement liée à la prise d'antalgiques et de divers autres médicaments nécessités par le traitement de l'épaule gauche, ainsi que par les douleurs insupportables causées par cette épaule. La consommation excessive d'alcool constatée par plusieurs médecins serait d'ailleurs à visée antalgique. Ces allégations ne sont toutefois pas vraisemblables et ne sont étayées par aucune pièce médicale. Il n'y a donc aucun motif de constater un rapport de causalité entre l'accident assuré, ainsi que le traitement médicamenteux prescrit ensuite des lésions de l'épaule gauche, d'une part, et la baisse de l'état général de l'assuré en automne 2015 ainsi que l'hospitalisation, avec cure de sténose obstructive sigmoïdienne sur

diverticulite perforée, effectuée du 26 octobre au 26 novembre 2015.

- 16 - 6. Le recourant conteste que son état de santé soit stabilisé et demande que l'intimée soit invitée à surseoir à statuer sur le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité jusqu'à ce que le traitement soit terminé. Il conclut néanmoins à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100 %. Ces conclusions sont contradictoires. En effet, si l'état de santé de l'intéressé était stabilisé, l'intimée devait effectivement mettre fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des traitements médicaux, avant de statuer sur son droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Si au contraire l'état de santé n'était pas stabilisé, l'intimée aurait alors dû continuer à allouer des indemnités journalières et à prendre en charge les traitements médicaux – le recourant ne prend toutefois aucune conclusion sur ces deux points – et il serait prématuré d'allouer non seulement une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également une rente. En l'occurrence, l'intimée a considéré à juste titre que les séquelles accidentelles subies à l'épaule gauche n'étaient plus susceptibles d'amélioration notable par un traitement médical, comme cela ressort notamment du rapport du 6 novembre 2012 des Drs W. _____ et P. _____ de la Q. _____ et du rapport du Dr F. _____ du 20 mai 2014. Tout au plus, la pose d'une hémiprothèse pourrait-elle entrer en considération, mais le recourant y a renoncé pour l'instant. Au vu des rapports cités, l'intimée était en droit de mettre fin aux indemnités journalières et au traitement dès le 31 juillet 2015 au soir, comme elle l'a fait. Il lui appartenait toutefois d'allouer la rente dès le 1er août 2015 et non dès le 1er septembre 2015 seulement. Il convient de rectifier sur ce point la décision sur opposition litigieuse. 7. a) 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 (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

- 17 - 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 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). 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 assurée ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalide 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 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalide. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et

professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 3.2 ; 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la

- 18 - 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). Un abattement en pour-cent du salaire d'invalidé déterminant n'est pas admissible dans le système des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 8C_88/2014 du 10 septembre 2014 consid. 3.3 ; 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). b) Le recourant ne discute pas de manière plus détaillée le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimée, sauf à contester disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le revenu hypothétique sans invalidité a été fixé par l'intimée à un montant annuel de 84'072 fr., sur la base des renseignements communiqués par l'employeur. Il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur ce point en l'absence de tout grief du recourant. Le recourant conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité, même adaptée aux limitations fonctionnelles constatées par les médecins. Il ne s'appuie toutefois sur aucune pièce médicale probante pour étayer ses allégations relatives à une incapacité de travail de 50 à 100 % dans une activité adaptée. On ne trouve en effet au dossier aucune pièce attestant, de manière motivée, une incapacité de travail dans une activité adaptée, en relation avec les seules séquelles accidentelles à l'épaule gauche de l'intéressé. En revanche, les rapports des Drs W._____ et P._____ de la Q._____ du 6 novembre 2012, du Dr N._____ du 3 avril 2013 et du Dr M._____ du 20 octobre 2015 sont convergents à ce sujet, le Dr M._____ attestant toutefois plus de limitations que ses confrères. Le rapport de ce dernier est bien motivé sur ce point et il convient de s'y référer. On admettra donc que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par le Dr M._____, soit qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges près ou loin du corps, éviter les activités au-dessus du plan de l'épaule, éviter les activités en porte-à-faux, éviter l'utilisation des échelles et éviter les activités à

- 19 - genoux. Aucun des médecins mentionnés ne confirme la nécessité, alléguée par le recourant, de diminuer son temps de travail en raison des douleurs. L'intimée a fixé le revenu annuel d'invalidé à 59'941 fr., sur la base de DPT tirées de sa base de données interne. Les conditions posées par la jurisprudence en la matière sont remplies, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du revenu constaté par l'intimée. En particulier, les cinq DPT figurant au dossier correspondent aux limitations fonctionnelles constatées par les médecins, y compris le Dr M._____, ce que le recourant ne conteste pas. Le taux d'invalidité du recourant, déterminé sur la base des DPT, est ainsi effectivement de 29 % (28.70 % = [84'072 fr. - 59'941 fr.] / 84'072 fr. x 100). Au demeurant, même si l'on devait se référer à l'ESS 2014 plutôt qu'aux DPT produites par l'intimée, comme celle-ci le suggère dans sa dernière détermination, le taux d'invalidité devrait également être fixé à 29 %. En effet, le calcul opéré par l'intimée à cet égard doit être confirmé. Il y a ainsi lieu de retenir comme salaire de référence, celui auquel peuvent prétendre les hommes dans

l'accomplissement de tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit 5'312 fr. par mois en 2014 (ESS 2014, TA 1, niveau de compétences 1). Ce salaire brut standardisé tient compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014, qui était de 41,7 heures (cf. La Vie économique). Le salaire mensuel adapté à cette durée hebdomadaire est ainsi de 5'537 fr. 76 (5'312 fr. x 41,7 / 40). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+ 0.40 % ; La Vie économique), on obtient un revenu annuel de 66'719 fr. (1.004 x 5'537 fr. 76 x 12), étant rappelé que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En application de la jurisprudence précitée et compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques du recourant, le taux d'abattement de 10 % – retenu par l'intimée dans sa dernière détermination – est justifié en l'espèce et doit ainsi être confirmé. Le revenu avec invalidité, déterminé

- 20 - sur la base de l'ESS, s'élève donc à 60'047 fr. 04. Partant, le taux d'invalidité correspondant est également de 29 % ($28.57\% = [84'072 \text{ fr.} - 60'047 \text{ fr.} 04] / 84'072 \text{ fr.} \times 100$). En définitive, la comparaison des revenus permet de fixer le taux d'invalidité à 29 %, que ce soit sur la base des DPT ou sur la base de l'ESS. La décision querellée ne s'avère dès lors pas critiquable en retenant ce taux, lequel doit être confirmé. 8. a) Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité consacrée à l'art. 24 al.1 LAA, l'art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202] prévoit qu'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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2). A teneur de 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. 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. 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). 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). Chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de

- 21 - manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 221 consid. 4b et réf. cit.). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et réf. cit.) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). 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 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 de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et réf. cit.). Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (TF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.3.1). b) En l'espèce, se référant à la table 5 – Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses – du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, référence 2870/5.f, édition 2000, le Dr K._____ a proposé de constater une atteinte à l'intégrité d'un taux de 20 %, la situation correspondant à une omarthrose grave laissant quand même une bonne fonction à l'épaule gauche (rapport du 15 février 2013). Il a précisé que cette estimation prenait en compte une certaine aggravation

- 22 - prévisible et la nécessité de mettre en place à moyen terme une prothèse d'épaule. Les constatations sur ce point du Dr K._____ sont bien motivées et doivent être suivies. Le recourant ne soulève d'ailleurs aucun grief sur ce point, sauf à contester la stabilisation de son état de santé, à tort comme on l'a vu (cf. consid. 6 supra). L'atteinte à l'intégrité du recourant d'un taux de 20 %, retenue par l'intimée, doit ainsi être confirmée. 9. a) Vu ce qui précède, il est constaté que les conclusions du recourant sont mal fondées. Son recours est néanmoins très partiellement admis, la décision litigieuse devant être réformée en ce sens que la rente allouée par l'intimée prend naissance non pas le 1er septembre, mais le 1er août 2015. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. En outre, n'obtenant gain de cause que sur un aspect mineur du litige, dont il ne s'est pas plaint devant la Cour de céans, le recourant n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205). c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-David Pelot (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a produit une liste de ses opérations, datée du 10 novembre 2017 et totalisant 5 heures. Vérifiée d'office, cette liste doit être approuvée. L'indemnité d'office sera dès lors fixée à 985 fr. (débours et TVA compris).

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