

## VD\_GERICHTE ZA16.050285 vom 6. März 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA16.050285](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.050285)

FR: VD\_GERICHTE ZA16.050285 du 6 mars 2018

IT: VD\_GERICHTE ZA16.050285 del 6 marzo 2018

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 130/16 - 22/2018 ZA16.050285 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 6 mars 2018 \_\_\_\_\_ Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE,  
présidente Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges Greffier : M. Germond \*\*\*\*\*  
Cause pendante entre : H. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine  
Hofstetter, avocat à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à  
Lausanne. \_\_\_\_\_ Art. 7 al. 1-2, 8 al. 1 et 16 LPGA; 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1  
LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait  
depuis le 1er avril 2003 en qualité d'aide-pâtissière à plein temps chez [...] SA à [...]. A ce  
titre, elle était obligatoirement assurée contre les accidents et les maladies professionnelles  
auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou  
l'intimée). Le 2 août 2010, elle a été victime d'un accident sur son lieu de travail. En  
chutant dans les escaliers, elle s'est tordu le bras, le dos et la nuque (déclaration d'accident  
du 17 août 2010). Elle a présenté une incapacité de travail complète depuis le 4 octobre  
2010. Une radiographie avec échographie de l'épaule droite du 5 octobre 2010 et une IRM  
du 13 octobre 2010 ont mis en évidence des signes de conflit acromio-huméral et une  
probable déchirure de l'insertion du sus-épineux (rapports d'imagerie du 5 octobre 2010 et  
d'IRM du 14 octobre 2010 des radiologues du Centre [...]). La CNA a pris en charge le  
traitement médical et alloué des indemnités journalières. L'assurée s'est soumise, le 3  
janvier 2011, à une opération de l'épaule droite sous la forme d'une arthroscopie avec  
ténodèse du long chef du biceps (LCB), suture du sus-épineux et décompression  
sous-acromiale (protocole opératoire du 3 janvier 2011 du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en  
chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). En raison de la  
persistance de troubles à l'épaule droite (surtout au niveau de l'articulation  
acromio-claviculaire de ce membre) malgré le suivi d'un traitement de physiothérapie,  
l'assurée a été réopérée le 17 juin 2013 par le Dr G. \_\_\_\_\_. Selon le protocole opératoire  
du 17 juin 2013, ce médecin a pratiqué une arthroscopie avec exploration intra-articulaire,  
ablation des fils de suture, débridement du sus-épineux, infiltration par plasma et résection  
de l'articulation acromio-claviculaire. L'assurée a repris le travail à 50% le 16 mai 2011,  
puis à 100% depuis le 20 juin 2011, son poste de travail ayant été adapté (ports de charges  
limités et pas de mouvements de force), puis s'est retrouvée en

- 3 - incapacité de travailler à 50% du 11 au 17 mars 2013, à 100% du 8 au 18 avril 2013,  
puis de nouveau à 50% dès le 19 avril 2013. Nonobstant des douleurs sur  
l'acromio-claviculaire de l'épaule droite, elle a retravaillé à 50% dès le 13 septembre 2013,  
mais sans qu'une reprise à plein temps ne soit possible dans l'activité d'aide-pâtissière à la

[...] (rapports des 10 septembre, 3 octobre et 4 novembre 2013, 17 février et 31 mars 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_ et procès-verbaux d'entretien des 4 décembre 2013 et 4 février 2014 avec des collaborateurs du service externe de la CNA). Le 27 novembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en lien avec les séquelles de son accident professionnel du 2 août 2010. Elle a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce (MIP) sous forme d'une orientation professionnelle, du 26 mai au 25 juin 2014, allouée par l'OAI. L'assurée a séjourné du 8 avril au 7 mai 2014 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à [...]. Dans leur rapport du 4 juin 2014, les Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et V.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants: "DIAGNOSTIC PRINCIPAL - Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de l'épaule droite DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES - Chute dans les escaliers le 02.08.2010 avec trauma de l'épaule droite : - déchirure non transfixiante du supra-épineux, conflit sous-acromial à l'arthro-IRM du 13.10.2010 - 03.01.2011 : ténodèse LCB, suture supra-épineux, décompression sous-acromiale de l'épaule droite - 17.06.2013 : ablation fils de suture, débridement supra-épineux, résection acromio-claviculaire de l'épaule droite - Deux infiltrations : sous-acromiale le 07.03.2013, échoguidée dans l'interligne acromio-claviculaire le 09.04.2013 - Arthropathie sterno-claviculaire droite."

- 4 - Ces spécialistes se sont notamment exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée : "APPRECIATION ET DISCUSSION [...] L'évolution subjective et objective est légèrement favorable (cf. rapports et tests fonctionnels) avec une augmentation de la force et des amplitudes articulaires. Mais cependant une majoration des douleurs de la ceinture scapulaire. La participation de la patiente aux thérapies a été considérée comme élevée. Aucune incohérence n'a été relevée. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : activités au-dessus du plan des épaules ; ports de charge répétés supérieurs à 5-10 kg ; activités nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit. La situation est stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la mobilité articulaire de l'épaule droite et de diminuer les douleurs. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident et la poursuite de cette activité à un rendement supérieur à 50% tel qu'actuellement réalisé paraît illusoire au vu du descriptif de son activité qui nécessite des mouvements répétitifs et des ports de charges. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable chez une patiente volontaire. Mme H.\_\_\_\_\_ serait une bonne candidate pour réaliser une évaluation des capacités professionnelles dans le cadre d'une réorientation. L'éloignement géographique d'avec sa fille représente un frein très important pour la patiente. Les possibilités d'effectuer une mesure de réorientation professionnelle plus proche de son domicile devraient être évaluées. [...] INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'AIDE- PATISSIERE - 50% du 08.05.2014 au 08.06.2014." Était joint à cette appréciation un rapport du 9 avril 2014 du Dr X.\_\_\_\_\_, chef de service, et A.\_\_\_\_\_, maître socioprofessionnel, qui ont pris position comme suit sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée :

- 5 - "Conclusion et propositions : Analyse du potentiel observé aux ateliers : Nous percevons Mme H.\_\_\_\_\_ comme une personne volontaire et authentique. Son désir de

trouver une solution professionnelle adaptée sur le long terme est, selon notre appréciation, non contestable. Proposition d'aides à la réinsertion : Dans le cadre de sa prise en charge aux ateliers professionnels, Mme H.\_\_\_\_\_ a été confrontée à des activités bi-manuelles, avec des efforts de force relatifs et des mouvements répétitifs. Il apparaît que les douleurs surviennent rapidement dès sollicitation de son membre supérieur droit (mouvements répétitifs ou amplitude) et ce, même dans des activités avec port de charges légères. Ces douleurs ont un impact direct sur la vitesse d'exécution et le rendement. A contrario, dans des activités avec peu de contraintes physiques comme le montage horloger, la patiente ne signale aucune augmentation de ses douleurs. Au vu des limitations observées aux ateliers, nous estimons que la reprise de son activité professionnelle chez « [...] SA » au-delà d'un taux d'activité de 50% n'est pas envisageable. Par contre, dans une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations observées concernant son membre supérieur droit, à savoir : - éviter le port de charges ; - éviter les mouvements répétitifs ou en amplitude (travaux en hauteur, mouvements latéraux amples,...) en particulier lorsqu'ils sont rapides ; nous estimons que Mme H.\_\_\_\_\_ est en mesure de travailler avec une endurance et un rendement augmentés. Compte tenu des éléments cités plus haut, la mise en œuvre d'une mesure de type ECP semble judicieuse. Après discussion dans ce sens, la patiente est d'accord sur le principe, elle semble

- 6 - consciente de la nécessité pour elle de s'investir dans un nouveau projet professionnel adapté. Cependant, l'éloignement géographique avec sa fille représente un frein très important pour elle ; Mme H.\_\_\_\_\_ souhaiterait effectuer cette mesure d'orientation professionnelle dans un lieu plus proche de son domicile." Le 21 août 2014, [...] SA a résilié les rapports de travail liant l'entreprise à l'assurée, avec effet au 30 novembre 2014. Dans un rapport d'examen final du 25 août 2014, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, s'est notamment exprimé comme suit : "5. Appréciation Nous nous trouvons à 4 ans d'un traumatisme de l'épaule D [droite] avec déchirure partielle de la face profonde de l'insertion du sus-épineux D. En janvier 2011, arthroscopie de l'épaule D avec ténodèse du LCB, suture du tendon du sus-épineux et décompression sous-acromiale. En juin 2013, nouvelle arthroscopie de l'épaule D pour douleurs et impotence fonctionnelle de cette épaule D. Cette arthroscopie a permis un débridement du sus-épineux en antérieur et a été complété par une résection acromio-claviculaire. Actuellement, la situation est stabilisée. Subjectivement, la patiente se plaint d'une douleur constante de la ceinture scapulaire D irradiant dans la partie proximale du bras D et également en direction latéro-cervicale D. Cette symptomatologie de base est estimée à 5/10. La douleur est augmentée lors des sollicitations de l'épaule D. La patiente a remarqué que sa symptomatologie douloureuse est également augmentée à froid. Elle est réveillée régulièrement par des douleurs de l'épaule D. Objectivement à l'examen clinique, abduction-élévation active de l'épaule D 145°-170°, avec également limitation des rotations, douleurs aux mouvements contre résistance. Du point de vue asséculogique, la situation peut être considérée comme stabilisée. Une activité adaptée aux séquelles de l'accident d'août 2010 est une activité respectant les limitations fonctionnelles suivant[e]s : pas [de] mouvement au-dessus du niveau des épaules avec le MID [membre inférieur droit], pas de mouvement répétitif ou de mouvement correspondant au port de charges de plus de 5 kg avec

- 7 - le bras D éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif de rotation interne et externe coudes au corps correspondant au port de charges de plus de 5 kg, pas de port de charges du

MSD [membre supérieur droit] de plus de 10 kg. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, la patiente a une capacité de travail totale. Restent à la charge de la Suva en vertu de l'article 21 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20], le traitement antalgique et anti-inflammatoire prescrit, jusqu'à 2x/9 séances de physiothérapie antalgique par année si prescrites et une consultation régulière chez un orthopédiste tous les 1 ou 2 ans. L'IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] fait l'objet d'une appréciation séparée." Par appréciation du 31 juillet 2014, le Dr B.\_\_\_\_\_ a estimé que le dommage à l'épaule droite, soit une périarthrite scapulo-humérale moyenne, justifiait l'octroi d'une IPAI de 10%. Par téléphone du 1er décembre 2014, la collaboratrice en charge du cas de l'assurée à l'OAI a informé la spécialiste en réinsertion de la CNA qu'un stage effectué par l'assurée auprès de l'entreprise [...] SA s'était bien déroulé et que l'activité déployée était tout à fait exigible mais sans engagement à la clé faute de poste disponible, de sorte que la mesure en question avait dû prendre fin. L'assurée a pour sa part confirmé ces éléments à la CNA, ajoutant qu'elle avait eu du plaisir mais regrettait de ne pas avoir été embauchée au terme de son stage chez [...] SA. Répondant à un questionnaire reçu en retour le 23 février 2015 par la CNA, [...] SA a indiqué ce qui suit : "Salaire présumable sans l'accident en : 2015 - Salaire de base : 4'345.- - Allocations familiales : 230.- - Primes : --- - Gratification (13ème salaire ou pourcentage) : 362.08 - Autres allocations et genre de celles-ci : 273.25 (Travail d'équipe) - Horaire de travail hebdomadaire : 41.00 4'345 + 362.08 + 273.25 = 4'980.33 x 12 = 59'763.96"

- 8 - Au terme d'un rapport du 28 mai 2015 adressé au Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur suivant l'assurée, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a mentionné qu'au vu des divers traitements d'ores et déjà tentés sans succès, il n'avait pas de proposition particulière à formuler si ce n'était d'inviter l'assurée à essayer l'hypnose et l'apprentissage de l'autohypnose afin de lui permettre d'avoir quelques moments de soulagement en journée. Le 7 octobre 2015, l'assurée a été examinée par le Professeur I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur également médecin-chef de [...] au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Dans son rapport du 15 octobre 2015, ce spécialiste a posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites, de status après réparation arthroscopique du tendon du sus-épineux droit et acromioplastie ténodèse du long biceps en janvier 2011, de status après arthroscopie de l'épaule droite avec débridement d'une lésion partielle du sus-épineux, injection de PRP, résection de la clavicule distale le 17 juin 2013 et de tendinopathie du sus-épineux gauche. En page 2 de son rapport, le Professeur I.\_\_\_\_\_ a notamment fait part des constatations suivantes : "[...] Examens complémentaires L'IRM de l'épaule G réalisée en juillet 2015 met en évidence des signes modérés de tendinopathie du sus-épineux. Le tendon paraît toutefois en continuité, sans atrophie du corps musculaire. En l'absence d'arthrographie associée, je ne suis pas à même de me prononcer quand à une lésion partielle. Discret remaniement dégénératif au niveau acromio-claviculaire. L'arthro-IRM de l'épaule D réalisée en juillet 2015 met en évidence des ancras métalliques dans la partie supérieure de la tête humérale. Il n'y a pas de troubles dégénératifs au niveau gléno-huméral, long biceps n'est plus présent dans l'intra-articulaire. La coiffe des rotateurs est en continuité, il n'y a pas de fuite significative de liquide de contraste en intra-tendineux ou en sous-acromial. Status après résection de la clavicule distale sans repousse osseuse significative. [...]"

- 9 - Le Professeur I. \_\_\_\_\_ a conclu que l'assurée présentait des douleurs des deux épaules, plus marquées à droite et sous forme de cervico-brachialgies persistantes après une réparation du sus-épineux et une reprise chirurgicale en 2011 et 2013. La coiffe des rotateurs paraissait compétente sans que le spécialiste n'ait retenu d'indication à une révision chirurgicale. A gauche, la tendinopathie du sus-épineux ne relevait pas non plus, selon ce médecin, d'un traitement chirurgical. Le Professeur I. \_\_\_\_\_ mentionnait également une composante socioprofessionnelle en lien avec la problématique de l'assurée dès lors que cette dernière était au chômage et sans possibilité de reprise d'une activité en raison des douleurs. Ce médecin suggérait au Dr E. \_\_\_\_\_ une évaluation avec une prise en charge de la patiente dans un centre de la douleur, en sus d'une prise en charge relative à la problématique socioprofessionnelle. Suivant l'avis de son médecin d'arrondissement, la CNA a, par décision du 15 janvier 2016, octroyé à l'assurée une IPAI de 10%, à savoir un montant de 12'600 francs. Cette décision n'a pas été contestée. Dans le cadre de l'instruction par la CNA, cinq descriptions de postes de travail (DPT) ont été versées au dossier de l'assurée. Il s'agissait d'un poste de monteuse en appareil (DPT n° 7077), de monteuse de modules (DPT n° 3305), d'une fonction d'affûtage (DPT n° 5787), d'opératrice de saisie (DPT n° 10417047) et d'ouvrière (DPT n° 597315). Il en ressortait un salaire moyen pour l'année 2015 de 56'782 francs. La CNA a, par décision du 17 février 2016, refusé le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à l'assurée. Selon ses investigations, l'intéressée était en mesure d'exercer une activité légère dans divers domaines de l'industrie sans devoir porter des charges de plus de cinq à dix kilos, ni effectuer avec le bras droit des mouvements au-dessus du niveau des épaules. Une telle activité, exigible durant toute la journée, devait permettre à l'assurée de réaliser un revenu annuel de 56'782 francs. Comparé à son revenu sans l'accident, à savoir 59'764 ([4'345 fr. x 13] + [273 fr. 25 x 12]), le degré d'invalidité était de l'ordre de 5%, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité LAA.

- 10 - Le 16 mars 2016, l'assurée, par son conseil Me Gilles-Antoine Hofstetter, s'est opposée à la décision précitée. Contestant bénéficié d'une capacité de travail résiduelle en raison de douleurs et demandant à la CNA de compléter l'instruction sur le plan médical, elle a produit, le 15 avril 2016, un rapport du 5 avril 2016 de son médecin, le Dr E. \_\_\_\_\_, libellé comme suit : "CERTIFICAT MEDICAL Le médecin soussigné certifie que Mme H. \_\_\_\_\_, née le [...], est suivie pour : • Cervico-brachialgies droites ■ St/p. réparation arthroscopique du tendon supra-épineux droit avec acromioplastie et ténodèse du long chef du biceps le 3 janvier 2011 (Clinique [...]). ■ St/p. arthroscopie de l'épaule droite avec débridement d'une lésion partielle du tendon supra-épineux, infiltration de PRP et résection de la clavicule distale droite le 17 juin 2013 (Clinique [...]). • Tendinopathie du supra-épineux gauche avec une bursite sous-acromiale. La patiente présente des séquelles, sous forme de douleurs de l'épaule droite se manifestant même au repos avec un déficit fonctionnel. Une capacité de travail lui a été reconnue dans une activité adaptée, sans effort (max 2-5 kg), sans mobilisation répétitive et sans mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste. En raison de douleurs se manifestant même au repos, Madame H. \_\_\_\_\_ n'est actuellement que partiellement apte au travail, même dans une activité adaptée. Sur la base du pronostic et du délai d'évolution, seule une profession qui épargnerait l'épaule droite pourrait être réalisable et ce, à temps partiel, en raison des douleurs." De son côté, l'OAI a, par décision du 13 avril 2016, confirmant un projet du 2 décembre 2015, alloué à l'assurée une demi-rente du 1er mai au 30 juin 2014, basée sur un degré d'invalidité de 50%, ainsi qu'une rente entière du 1er juillet au 31 août 2014, fondée

sur un taux d'invalidité de 100%. Cet office s'est référé pour ses calculs, aux valeurs statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée sur un rythme bisannuel par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS).

- 11 - Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assurée a été réexaminée le 15 août 2016 par le Dr B. \_\_\_\_\_, lequel a demandé à cette occasion que le rapport de consultation du Professeur I. \_\_\_\_\_ du 15 octobre 2015 ainsi que les rapports et les images des IRM effectuées les 13 et 16 juillet 2015 soient versés au dossier. Dans son rapport du 12 septembre 2016, le médecin d'arrondissement de la CNA s'est notamment exprimé comme suit sur l'état de santé de l'assurée : "Appréciation En plus des éléments présentés ci-dessus, je me réfère pour cette appréciation à l'examen effectué à l'agence le 15.08.2016. Lors de cet examen, Mme H. \_\_\_\_\_ estimait que la situation au niveau de son épaule D était la même que 2 ans auparavant. Les plaintes que présentait subjectivement l'assurée lors de l'examen du 25.08.2014 étaient du reste superposables à celles de l'examen à l'agence du 15.08.2016. En ce qui concerne les examens cliniques de l'épaule D, celui de l'examen à l'agence du 15.08.2016 était tout à fait superposable à celui qui avait été effectué lors du séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 08.04.2014 au 07.05.2014. Lors de ce séjour à la CRR, la situation avait été estimée stabilisée. Lors de l'examen clinique à l'agence du 25.08.2014, j'avais obtenu des amplitudes articulaires meilleures et le Prof. I. \_\_\_\_\_, en octobre 2015, relate une mobilité des épaules complète avec force conservée. En fonction de ce qui précède, même s'il existe une fluctuation des amplitudes articulaires de l'épaule D lors des divers examens cliniques dont nous avons connaissance, fluctuations qui relatent ce que l'assurée [a] à chaque fois bien voulu nous montrer, plutôt que des amplitudes articulaires en relation avec des lésions objectives de l'épaule, il paraît très clair que la situation au niveau de l'épaule D n'a pas présenté de changement significatif depuis l'examen à l'agence du 25.08.2014. Ainsi, suite à l'examen du 15.08.2016, nous pouvons affirmer qu'une activité adaptée aux séquelles de l'accident de 2012 [recte : 2010] est toujours une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement au-dessus du niveau des épaules avec le MID, pas de mouvement répétitif ou de mouvement correspondant au port de charges de plus de 5 kg avec le bras D éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif de rotation interne et externe coude au corps correspondant au port de charges de plus de 5 kg, pas de port de charges de plus de 10 kg avec le MSD. Ces limitations fonctionnelles correspondent du reste tout à fait à celles qu'avaient retenues nos collègues de la CRR suite à l'hospitalisation à la CRR du 08.04 au 07.05.2014. L'examen du 15.08.2016 prouve en outre qu'il n'y a pas lieu de réviser le taux d'IpAI qui avait été estimé suite à l'examen du 25.08.2014.

- 12 - A noter enfin que les lésions objectives mises en évidence à l'arthro-IRM de l'épaule D du 16.07.2015 à elles seules ne peuvent justifier de limitations fonctionnelles ou d'indemnité pour atteinte à l'intégrité plus importantes." Par décision sur opposition du 13 octobre 2016, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision de refus de rente du 17 février 2016. Elle se basait sur le dernier rapport de son médecin d'arrondissement selon lequel, il n'existait pas de changement significatif au niveau de l'épaule droite depuis l'examen final du 25 août 2014 et confirmant l'exigibilité fixée à l'époque. De la comparaison entre le revenu sans invalidité de 59'764 fr. et un revenu exigible d'au moins 56'782 fr., résultait un degré d'invalidité de 4,98% de sorte que la CNA était fondée à refuser tout droit à la rente d'invalidité. B. Par acte du 14 novembre 2016, H. \_\_\_\_\_, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a déféré la décision sur

opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement et avec dépens à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité de 70% au moins lui est allouée, et subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle reproche à l'intimée de s'être fondée sur la dernière appréciation du B. \_\_\_\_\_ au détriment, d'une part, de l'avis divergent du 5 avril 2016 du Dr E. \_\_\_\_\_ et, d'autre part, sans tenir correctement compte des constatations du rapport de consultation du 7 octobre 2015 du Professeur I. \_\_\_\_\_. Aux yeux de la recourante, un problème d'antalgie se poserait clairement et aurait nécessité de plus amples investigations de la part de la CNA. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (orthopédique et antalgique) par le tribunal. Dans sa réponse du 13 février 2017, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, sans que le complément d'instruction requis ne se justifie. Elle observe que la recourante ne peut pas être suivie lorsqu'elle prétend qu'une activité à plein temps, adaptée, n'est pas exigible de sa part.

- 13 - Au terme d'un second échange d'écritures des 9 et 16 mars 2017, les parties ont maintenu leur position respective. A cette occasion, la recourante a rappelé présenter une symptomatologie douloureuse se manifestant également au repos selon le Dr E. \_\_\_\_\_ et qui, selon elle, n'aurait pas été investiguée à tort par le Dr B. \_\_\_\_\_ et justifierait par là-même l'expertise médicale requise. 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 (art. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances 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 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA- VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects du droit à la rente litigieux. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de

- 14 - manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). b) Le litige a pour objet le point de savoir si la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. c) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant 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) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al.

1 LAA). Le 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). b) Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de

- 15 - 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). 4. a) 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 (principe de la libre appréciation des preuves, cf. art. 61 let. c LPGA). 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 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, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre

- 16 - 2014 consid. 5.4.2, 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1er juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 6C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). b) Une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure

d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Les avis émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admis 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 précité consid 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). 5. a) En l'espèce, sur le plan médical, l'intimée a retenu, suivant en ce sens les dernières conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_ des 15 août et 12 septembre 2016 – qui correspondent par ailleurs à celles des spécialistes de la CRR –, que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement au-dessus du niveau des épaules avec le membre inférieur droit, pas de mouvement répétitif ou de mouvement correspondant au port de charges de plus de cinq kilos avec le bras droit

- 17 - éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif de rotation interne et externe coudes au corps correspondant au port de charges de plus de cinq kilos, et pas de port de charges du membre supérieur droit de plus de dix kilos. La recourante conteste ce point de vue et y oppose le certificat du 15 avril 2016 du Dr E. \_\_\_\_\_ selon lequel, sa patiente ne serait en raison des douleurs plus que partiellement apte au travail, même dans une activité adaptée. A suivre le médecin traitant, seule une activité qui épargnerait l'épaule droite pourrait être réalisée et ce, à temps partiel, compte tenu des douleurs se manifestant même au repos. La recourante reproche également à la CNA de ne pas avoir pris correctement en compte lors de son évaluation de la capacité de travail résiduelle, l'appréciation du Professeur I. \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2015. b) On observera en premier lieu avec l'intimée que depuis le mois de mars 2016, la recourante travaille à la demande pour le CMS de [...] [...] où elle effectue des remplacements pour des livraisons de repas à domicile (cf. pièces n° 246 et 247). Dès lors qu'il n'est pas admissible de prendre en considération la situation concrète (ATF 117 V 18 consid. 2c/aa ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa ; RAMA 1991, p. 272 consid. 4a), il y a lieu de se référer aux conclusions médicales pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante. Depuis le séjour du 8 avril au 7 mai 2014 à la CRR, il est admis — et non contesté d'ailleurs —, que l'activité professionnelle habituelle d'aide-pâtissière chez [...] SA au-delà d'un taux d'activité de 50% n'est plus raisonnablement exigible compte tenu des séquelles de l'accident du 2 août 2010. A l'inverse et en lien avec l'exercice d'une activité adaptée à l'ensemble des limitations fonctionnelles (à savoir : activités au-dessus du plan des épaules, ports de charge répétés supérieurs à 5-10 kg et activités nécessitant des mouvements répétés du membre supérieur droit), les Drs N. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ont estimé que le pronostic de réinsertion de l'assurée était favorable (rapport du 4 juin 2014 p. p.5). Cette évaluation est confirmée par le passage de l'intéressée aux ateliers professionnels de

- 18 - la CRR lors duquel le Dr X. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ ont constaté pour leur part que, dans une activité adaptée, la recourante était en mesure de travailler avec une endurance et un rendement augmentés par rapport à ceux réalisables dans des activités bi-manuelles,

avec des efforts relatifs et des mouvements répétitifs. En conclusion de son rapport d'examen du 25 août 2014, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a certifié quant à lui que l'assurée avait une capacité de travail totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de mouvement au-dessus du niveau des épaules avec le membre inférieur droit, pas de mouvement répétitif ou de mouvement correspondant au port de charges de plus de cinq kilos avec le bras droit éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif de rotation interne et externe coude au corps correspondant au port de charges de plus de cinq kilos et pas de port de charges du membre supérieur droit de plus de dix kilos. Les 15 août et 12 septembre 2016, le médecin d'arrondissement de la CNA a confirmé cette appréciation. Selon ses propres constatations, l'examen clinique de l'épaule droite du 15 août 2016 est tout à fait superposable à celui effectué lors du séjour à la CRR du 8 avril au 7 mai 2014, avec la précision qu'à cette époque déjà la situation était estimée stabilisée. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a noté des amplitudes articulaires meilleures lors de l'examen clinique du 25 août 2014 et que, de son côté, le Professeur I. \_\_\_\_\_, en octobre 2015, relate une mobilité des épaules complète avec force conservée. Dans ces circonstances et même s'il existe une fluctuation des amplitudes articulaires de l'épaule droite lors des divers examens cliniques au dossier en fonction du ressenti de l'examinée à ces occasions, le Dr B. \_\_\_\_\_ est d'avis qu'il paraît très clair que la situation au niveau de ce membre n'a présenté aucun changement significatif depuis son examen précédent du 25 août 2014. A la suite de sa nouvelle consultation du 15 août 2016, le médecin d'arrondissement affirme dès lors que l'assurée dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux séquelles de l'accident de 2010, moyennant les limitations fonctionnelles qu'il avait déjà fixées. Cela étant, le Dr B. \_\_\_\_\_ a conclu à un statu quo s'agissant de l'exigibilité dans une activité adaptée aux

- 19 - restrictions fonctionnelles de l'assurée depuis son examen du 25 août 2014. Les constatations et conclusions des 15 août et 12 septembre 2016 du Dr B. \_\_\_\_\_ reposent sur une étude circonstanciée du cas d'espèce et des examens successifs très complets, et prennent également en considération les plaintes de l'assurée. Elles ont été établies en pleine connaissance du dossier, sont le fruit d'un avis clair et probant — corroboré au demeurant par l'avis des spécialistes de la CRR — et sont dûment motivées. Force est d'admettre en conséquence que cette appréciation diligentée par un spécialiste a été établie selon les règles de l'art et remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 4a supra). Le certificat médical du 15 avril 2016 de son médecin traitant dont se prévaut la recourante n'apporte aucun élément de nature à mettre en doute le bien-fondé des conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_. Ce rapport n'est pas déterminant, dès lors que le Dr E. \_\_\_\_\_ n'y pose pas de nouveau diagnostic dont le médecin d'arrondissement de la CNA n'aurait pas eu connaissance. Le médecin traitant se base exclusivement sur les plaintes subjectives de l'assurée et sur aucun constat objectif. Il livre ainsi tout au plus sa propre appréciation d'un même état de fait, ce qui n'est pas propre en soi à remettre valablement en doute l'analyse convaincante de son confrère. Comme l'a observé l'intimée, dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assurée a été réexaminée par le Dr B. \_\_\_\_\_ le 15 août 2016. C'est uniquement après avoir demandé à l'administration de verser au dossier le rapport de la consultation du Professeur I. \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2015 ainsi que les rapports et les images des IRM des 13 et 16 juillet 2015, que le Dr B. \_\_\_\_\_ a certifié, en toute connaissance de cause, qu'il n'y avait pas de changement significatif au niveau de l'épaule droite depuis l'examen médical final

d'août 2014 et confirmé l'exigibilité fixée à l'époque. De plus, et comme l'a rappelé à juste titre l'intimée dans sa décision, la CNA est tenue de faire abstraction de la composante

- 20 - socioprofessionnelle évoquée par le Professeur I. \_\_\_\_\_ ainsi que des troubles qui ne peuvent pas s'expliquer d'un point de vue organique. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a par conséquent expliqué à l'assurée que les chirurgiens qui l'ont examinée n'ont pas d'explication quant à l'importance et à la localisation de toutes les douleurs qu'elle ressent. Dans son rapport du 12 septembre 2016, le médecin de la CNA a également pris soin de préciser que les lésions objectivées à l'arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 16 juillet 2015 ne peuvent pas à elles seules justifier de limitations fonctionnelles, voire une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus importante que celle octroyée par la CNA le 15 janvier 2016. La recourante est ainsi mal fondée lorsqu'elle reproche a posteriori à l'intimée de ne pas avoir dûment pris en compte le rapport de la consultation du 7 octobre 2015 du Professeur I. \_\_\_\_\_ lors de son évaluation de la capacité de travail résiduelle. Afin d'être complet, on observera que dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations pour adultes de l'assurance- invalidité déposée le 27 novembre 2013, l'assurée a entrepris de suivre diverses mesures d'intervention précoce (MIP) dont en particulier un stage chez [...] SA à l'automne 2014 dans l'industrie légère. Selon les informations recueillies au dossier de la CNA (cf. pièces n° 193 et 194), ce stage s'est très bien déroulé et l'activité était tout à fait exigible de la part de l'intéressée, laquelle a confirmé à son interlocutrice à la CNA avoir eu du plaisir mais être déçue de ne pas avoir été embauchée au terme de la mesure faute de possibilité d'engagement au sein de [...] SA. c) Selon la jurisprudence rappelée ci-avant (cf. consid. 4b supra), la recourante ne remet en définitive pas valablement en cause les conclusions médicales de la CNA. Se ralliant à l'avis de son médecin d'arrondissement, l'intimée était donc fondée à retenir une capacité de travail de l'assurée à 100% dans une activité adaptée à son état de santé somatique. d) Dans ces conditions, la Cour de céans s'estimant suffisamment renseignée au plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite

- 21 - à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (orthopédique et antalgique) par le tribunal (cf. appréciation anticipée des preuves, ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2). 6. Sur le plan économique, la CNA a sélectionné cinq DPT de l'industrie légère, toutes adaptées aux restrictions fonctionnelles somatiques de l'assurée, qui ont été versées au dossier en conformité avec la jurisprudence. Dans ses écritures, la recourante ne conteste d'ailleurs pas les revenus sans et avec invalidité de 59'764 fr., respectivement 56'782 fr., retenus par la CNA et dont il découle, après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, un degré d'invalidité de 4,98%. Vérifiés d'office, les calculs de l'intimée s'avèrent exacts et ne prêtent ainsi pas le flanc à la critique. C'est donc finalement à juste titre que la CNA a refusé tout droit à la rente d'invalidité à la recourante (cf. art. 18 al. 1 LAA). 7. Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 13 octobre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

- 22 - La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour H. \_\_\_\_\_), - Me Didier

Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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