

## **VD\_GERICHTE ZA18.002128 vom 30. Oktober 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-10-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA18.002128](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.002128)

FR: VD\_GERICHTE ZA18.002128 du 30 octobre 2018

IT: VD\_GERICHTE ZA18.002128 del 30 ottobre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

avril 2013, que le Dr R. \_\_\_\_\_ n'avait pas encore vue, montrait une rupture assez étendue de la coiffe des rotateurs et une lésion de type SLAP. Selon le médecin-conseil, l'assuré ne pouvait plus travailler comme maçon et il convenait qu'il s'annonce auprès de l'assurance-invalidité. Dans le rapport d'arthro-IRM susmentionné, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a posé les conclusions suivantes : « Examen grevé d'importants artefacts démontrant cependant une déchirure transfixiante de la portion antérieure du tendon du muscle sus-épineux, se prolongeant par une déchirure de la face articulaire de ce tendon sur toute son épaisseur, s'associant à une déchirure partielle des fibres supérieures des tendons des muscles sous- scapulaires et sous-épineux. Déchirure labrale débutant par une lésion de type SLAP, se prolongeant le long de la convexité antérieure. Os acromial et remaniement osseux de part et d'autre de l'articulation acromio- claviculaire ». L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 1er mai 2013.

- 4 - Dans un rapport du 17 septembre 2013, le Dr R. \_\_\_\_\_ a observé que les lésions visibles sur l'arthro-IRM du 5 avril 2013 expliquaient parfaitement l'impotence fonctionnelle et les douleurs de son patient. Ce dernier se montrait réticent quant à une intervention chirurgicale et en dépit des difficultés rencontrées au travail, il n'envisageait pas d'interrompre son activité. Le 2 septembre 2013, il avait voulu retenir une pièce qui tombait et ce mouvement avait déclenché de violentes douleurs à l'épaule droite. Il avait été vu en urgence et son épaule avait été immobilisée dans un gilet orthopédique. Il présentait depuis lors une incapacité totale de travail. Les limitations fonctionnelles étaient sévères et les douleurs perturbaient fortement le repos. Une opération avait finalement été planifiée, dont le but était de lui redonner un confort quotidien et une mobilité dans les activités domestiques, mais ne lui permettrait certainement pas de reprendre son activité de maçon même à un taux réduit. L'assuré s'est fait opérer de l'épaule droite le 20 septembre 2013 (réinsertion de la rupture subtotale du sus-épineux, de la partie haute du sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie de l'épaule droite ; cf. lettre de sortie du Dr R. \_\_\_\_\_ du 30 septembre 2013). Dans un rapport du 20 décembre 2013, le Dr R. \_\_\_\_\_ a observé que l'évolution de l'épaule droite était lentement favorable, mais que même la prévision la plus optimiste ne permettrait pas d'envisager la reprise de l'activité de maçon. En revanche, une activité de magasinier, de contrôle de petites pièces en bout de production, de gardiennage ou de surveillance serait tout à fait envisageable, compte tenu des restrictions physiques et de la formation de son patient. L'incapacité de travail, quelle que soit la profession envisagée, restait pour l'instant complète pour au moins quatre à cinq mois après l'intervention. Dans un rapport du 27 janvier 2014, le Dr R. \_\_\_\_\_ a observé une diminution des douleurs et une abduction et antépulsion active atteignant environ 90°.

Le traitement de physiothérapie se poursuivait.

- 5 - Une reprise du travail n'était pas envisagée. Il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure, soit une fragilité des épaules. L'assuré a été examiné par le Dr J. \_\_\_\_\_, le 9 avril 2014. Dans son rapport du 10 avril 2014, le médecin d'arrondissement a estimé qu'il était clair que l'assuré ne pourrait plus retravailler sur un chantier et lui a proposé d'effectuer un séjour à la Clinique Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique Q. \_\_\_\_\_), centré sur l'évaluation professionnelle, afin de préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée. L'assuré a dès lors séjourné à la Clinique Q. \_\_\_\_\_ du 3 juin au 9 juillet 2014. Dans leur rapport du 7 août 2014, le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et la Dresse S. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont notamment relevé ce qui suit au titre de l'appréciation du cas : « Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). Toutefois, des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient ont été identifiés. Le patient est à tel point centré sur la douleur, qu'il a été difficile de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne. Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (Cf. rapports annexés) : - physiothérapie - mini-ECF - ateliers professionnels - autre : avis psychosomatique. Concernant l'antalgie, le programme TENS en électrothérapie, par Compex sur les grands dorsaux a permis de diminuer les douleurs musculaires. L'évolution subjective et objective est non significative (Cf. rapports et tests fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient est ponctuel, participe bien aux thérapies, mais est à tel point concentré sur les douleurs qu'il a été difficile de mettre en place un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne.

- 6 - Aucune incohérence n'a été relevée. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : travail au-dessus du plan des épaules ddc [des deux côtés], mouvements répétitifs des membres supérieurs ddc, ports de charges en porte-à-faux ddc, ports de charges lourdes ddc. La situation est stabilisée du point de vue médical. Nous ne proposons pas de physiothérapie à la sortie. Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident). Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable en ce qui concerne les facteurs médicaux retenus après l'accident, mais reste incertain en raison des facteurs non médicaux : patient centré sur la douleur, âge. Même si, aux ateliers professionnels, le patient démontre de la volonté dans les activités et s'il dit avoir conservé un bon moral et vouloir travailler à un poste adapté, les aspects favorisants ne peuvent pas être clairement objectivés, à ce stade. En effet, le patient est centré sur les douleurs et peu endurant dans les activités. D'autre part, le patient ne maîtrise pas le français et n'a pas de formation ». Les Drs U. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont attesté une incapacité de travail de 100 % du 3 juin au 10 septembre 2014, date du prochain rendez-vous chez le Dr R. \_\_\_\_\_, et ont précisé qu'il était « à prévoir une probable incapacité de travail de longue durée dans cette activité professionnelle ». Le 12 novembre 2014, l'assuré a été revu par le Dr J. \_\_\_\_\_ pour un examen médical final. Il a apprécié la situation de la manière suivante notamment, dans son rapport du même jour : « Actuellement, le patient dit qu'il n'y a pas beaucoup de changement. Il souffre toujours des 2 épaules. Il ne peut pas faire de mouvements en hauteur. Lorsqu'il doit porter quelque chose, il se fatigue vite. Objectivement, les épaules ne paraissent pas enraidies mais elles

sont très douloureuses à la mobilisation dès qu'on essaie de dépasser l'horizontale. Les signes du conflit sont ininterprétables. Le lobe est tenu à G [gauche] comme à D [droite] mais la mise sous tension du sus-épineux est bilatéralement douloureuse. La force en rotation externe est conservée ddc. Le sous-scapulaire est difficile à tester. A G, on retrouve un status après rupture du tendon du LCB [long chef du biceps]. La mobilité active est limitée, inchangée.

- 7 - Passivement les amplitudes articulaires sont améliorables mais le patient ne se laisse pas examiner. Il conserve manifestement beaucoup de force au-dessous de la ligne des épaules. L'échographie de l'épaule D du 04.06.2014 a montré une déchirure partielle du sus-épineux et une possible déchirure partielle du sous-scapulaire et l'arthro-IRM de l'épaule G du 16.06.2014 a révélé une rupture de la partie profonde des 3/4 supérieurs du sous-scapulaire, une importante amyotrophie et une involution graisseuse des 2/3 du muscle correspondant, tandis que le sus-épineux a paru continu. Il y a donc une certaine concordance entre l'examen clinique et l'imagerie médicale même si le handicap affiché, chez un patient toujours très dolent et expressif, est un peu hors normes. Du point de vue thérapeutique, il est probable qu'il faut en rester là. C'était en tout cas l'avis du Dr [...] lorsqu'il a vu le patient. Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du séjour à la Clinique Q..... Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail est entière. Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 10 % peut être retenu pour chaque épaule, la situation correspondant, du point de vue fonctionnel, à une omarthrose de gravité moyenne. La bilatéralité des lésions justifie une augmentation de 2,5 %. L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 22,5 % ». Par décision du 6 novembre 2015 confirmant un projet de décision du 15 juillet 2015, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1er novembre 2013 au 31 octobre 2014. L'assuré était ensuite capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et la perte de gain qu'il subissait représentait un degré d'invalidité de 30.13 %, n'ouvrant pas le droit à une rente. L'assuré a recouru contre cette décision. Le Tribunal cantonal a rejeté le recours le 3 avril 2017 (CASSO AI 324/15 – 108/2017), considérant qu'il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante, généralement applicable en droit des assurances sociales, que dès la sortie de l'assuré de la Clinique Q....., la situation au plan médical était stabilisée s'agissant de ses atteintes aux épaules, et qu'il disposait dès lors d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le

- 8 - Tribunal fédéral a confirmé l'arrêt cantonal par jugement du 7 septembre 2017 (TF 9C\_388/2017). Dans un rapport du 28 janvier 2016, le Dr D....., spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre hospitalier [...], a constaté l'absence d'atrophie musculaire significative au niveau des fosses sus-épineuses, sous-épineuses et sur les deltoïdes. Activement, la flexion et l'abduction ne dépassaient pas 90° des deux côtés. Le Dr D..... relevait toutefois « une certaine discordance entre l'importance de la limitation fonctionnelle et les lésions objectives, possiblement en raison des douleurs intenses jouant un rôle dans cette situation ». Il n'était pas certain qu'une révision chirurgicale à droite ou à gauche offrirait le soulagement subjectif escompté, l'assuré étant par ailleurs actuellement opposé à une telle intervention chirurgicale. Dans un rapport du 1er septembre 2016, les Drs M....., spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive et Z....., du Centre B....., ont observé que les douleurs étaient d'intensité modérément élevée, peu spécifiques, plutôt musculo-squelettiques que

neuropathiques et aggravées par les mouvements des bras. Ils ont relevé que le traitement était difficile en raison d'intolérances médicamenteuses multiples, les infiltrations n'apportant qu'un soulagement incomplet et pendant une durée d'environ trois semaines, laquelle était difficile à expliquer dans la mesure où elle ne correspondait ni à la durée d'efficacité des anesthésiques locaux, ni à celles des corticoïdes co-administrés. Les médecins concluaient qu'ils n'avaient pas de solution interventionnelle rationnelle à proposer. Invité à se prononcer sur les rapports médicaux postérieurs à l'examen du 12 novembre 2014, le Dr J. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 8 septembre 2016, que les conclusions dudit examen restaient d'actualité. Se fondant sur les indications du dernier employeur de l'assuré et sur le système des descriptions de postes de travail (ci-après : DPT)

- 9 - pour déterminer les revenus avec et sans invalidité, la CNA a rendu une décision d'octroi de rente d'invalidité et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) le 1er juin 2017, dont la teneur est la suivante : « Les accidents du Date [...] 22.11.2012 [...] 18.12.2009[...] donnent droit à des prestations comme suit. Rente d'invalidité Les droits résultant de plusieurs accidents doivent être joints. Les investigations sur le plan économique et médical mettent en évidence une diminution globale de la capacité de gagner de 30.00 %. Le gain annuel assuré se monte à CHF 86'119.00. Les prestations de la Suva se montent à: Du Au Incapacité Rente Total de gain mensuelle par mois % CHF CHF 01.03.2017 30.00 1722.40 1722.40 La rente se calcule sur la base du salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui précède le dernier accident (gain annuel). La rente s'élève à 80 % de ce revenu en cas d'invalidité totale et diminue en proportion en cas d'invalidité partielle. La base de calcul de la rente est le revenu qu'a touché l'assuré durant l'année précédant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle (gain annuel). Lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui a précédé l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Il convient de prendre en considération l'évolution salariale statistique dans le domaine d'activités alors exercé. La rente s'élève à 80 % de ce revenu en cas d'invalidité totale et diminue en proportion en cas d'invalidité partielle. [...] Le degré de l'incapacité de gain résulte de la comparaison des revenus réalisables avec ou sans handicap. Lorsqu'un assuré ne reprend plus une activité lucrative après un accident en raison de son âge ou lorsque son âge avancé contribue largement à réduire sa capacité de gain, le degré de l'incapacité de gain se détermine en fonction du revenu qu'un assuré d'âge moyen présentant pareille atteinte à la santé pourrait réaliser.

- 10 - [...] Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que M. P. \_\_\_\_\_ est à même d'exercer une activité professionnelle dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail au-dessus du plan des épaules ddc, pas de mouvements répétitifs des membres supérieurs ddc, sans port de charges en porte-à-faux ddc et sans port de charges lourdes ddc. Une telle activité est exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu de CHF 5'013.- par mois (13ème salaire inclus). Comparé au gain de CHF 7'133.- par mois (13ème salaire inclus) qu'il réaliserait sans l'accident, il en résulte une perte de 29,72 %. Nous allouons dès lors une rente d'invalidité [de] 30 %. [...] » La CNA a par ailleurs alloué à l'assuré une IPAI de 28'350 fr. sur la base d'une atteinte à l'intégrité de 22.50 %,

déterminée par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 novembre 2014. L'assuré s'est opposé à cette décision le 6 juillet 2017, considérant d'une part que la CNA aurait dû prendre en compte une atteinte à l'intégrité de 30 % au minimum, critiquant d'autre part la détermination des revenus avec et sans invalidité, de même que les activités retenues comme étant exigibles. Consulté pour avis sur l'opposition de l'assuré, le Dr J. \_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation médicale le 28 novembre 2017, en ces termes : « J'ai examiné ce patient à l'agence à 4 reprises, la dernière fois le 12.11.2014. Lors de cet examen, le patient disait qu'il n'y avait pas beaucoup de changement. Il souffrait toujours des 2 épaules. Il ne pouvait pas faire de mouvements en hauteur. Lorsqu'il devait porter quelque chose, il se fatiguait vite. Objectivement, les épaules ne paraissaient pas enraidies mais elles étaient très douloureuses à la mobilisation dès qu'on essayait de dépasser l'horizontale. Les signes du conflit étaient ininterprétables. Le Jobe était tenu à G comme à D mais la mise sous tension du sus-épineux était bilatéralement douloureuse. La force en rotation externe était conservée ddc. Le sous-scapulaire était difficile à tester. A G, on retrouvait un status après rupture du tendon du LCB. La mobilité active était limitée, inchangée avec une élévation à 120° et une abduction à 90° ddc. Passivement, les amplitudes articulaires étaient améliorables mais le patient ne se laissait pas examiner. Il

- 11 - conservait manifestement beaucoup de force au-dessous de la ligne des épaules. L'échographie de l'épaule D du 04.06.2014 avait montré une déchirure partielle du sus-épineux et une possible déchirure partielle du sous-scapulaire et l'arthro-IRM de l'épaule G du 16.06.2014 avait révélé une rupture de la partie profonde des 3/4 supérieurs du sous-scapulaire, une importante amyotrophie et une involution graisseuse des 2/3 du muscle correspondant, tandis que le sus-épineux avait paru continu. Il y avait donc une certaine concordance entre l'examen clinique et l'imagerie médicale, même si le handicap affiché, chez un patient toujours très dolent et expressif, était un peu hors normes. J'avais estimé l'atteinte à l'intégrité à 10% pour chacune des épaules, la situation correspondant, du point de vue fonctionnel, à une omarthrose de gravité moyenne. La bilatéralité des lésions justifiait une augmentation de 2,5%. L'atteinte à l'intégrité totale se montait ainsi à 22,5%. Le 01.06.2017, la Suva a octroyé une rente d'invalidité de 30% dès le 01.03.2017 à l'assuré, assortie d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité du taux précité. Le 06.07.2017, le mandataire de M. P. \_\_\_\_\_ a fait opposition à cette décision. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il relève que l'assuré a été examiné à la demande du Dr [...], le 26.01.2016, par le Pr D. \_\_\_\_\_ et que celui-ci a relevé une limitation de la mobilité en élévation à 90° ddc, partant qu'une atteinte à l'intégrité d'au moins 15% devrait être retenue pour chaque épaule selon la table 1 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/1.f-2000. Il fait cependant une lecture incomplète du rapport du Pr D. \_\_\_\_\_ au Dr [...]. En effet, si le Pr D. \_\_\_\_\_ note effectivement que l'élévation et l'abduction des épaules ne dépassent pas 90°, il relève une certaine « résistance active » liée aux douleurs, l'absence d'atrophie musculaire significative et surtout une mobilité passive complète et symétrique en position couchée. Plus loin, après relecture de l'imagerie médicale, il dit clairement qu'il existe une certaine discordance entre l'importance de la limitation fonctionnelle et les lésions objectives constatées, « possiblement » en raison de douleurs intenses. En d'autres termes, une certaine autolimitation en lien avec un vécu douloureux subjectif est à nouveau observée. J'en reste donc à mes conclusions du 12.11.2014. »

- 12 - Par décision sur opposition du 30 novembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé sa décision du 1er juin 2017. B. P. \_\_\_\_\_ a recouru contre la

décision précitée le 16 janvier 2018, par l'intermédiaire de son mandataire, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la fixation des prestations auxquelles il a droit selon précisions à donner en cours d'instance, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément et nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant conteste la fixation du degré d'invalidité et de l'IPAI. Il observe que le Tribunal cantonal, suivi par le Tribunal fédéral, a retenu un degré d'invalidité de 34 % (33.72 %), que le recours aux DPT paraît scholastique et ne reflète pas le potentiel qu'il aurait été nécessaire d'évaluer de façon concrète et actualisée et que le raisonnement retenu dans la décision attaquée ne tient pas compte de ses limitations effectives. Ses limitations fonctionnelles ont été sous-évaluées et une expertise s'impose selon lui. Il estime par ailleurs l'atteinte à l'intégrité à 15 % par membre, correspondant aux troubles fonctionnels des membres supérieurs, en plus du taux retenu pour l'arthrose, soit un taux de 40 % au total. Par réponse du 7 février 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le recourant a renoncé à répliquer par écriture du 21 mars 2018. Les arguments des parties seront pour le surplus repris dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après. 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

- 13 - 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 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). 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). Elle 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 formé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et ATF 125 V 413 consid. 2c). b) En l'occurrence, le litige porte sur le degré d'invalidité retenu par l'intimée et par conséquent sur la rente d'invalidité y relative, ainsi que sur la quotité de l'IPAI. c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce,

- 14 - vu la date des accidents assurés (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]). 3. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une

partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine 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.

#### **E. 7**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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