

## **VD\_GERICHTE ZA18.045082 vom 8. Oktober 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-10-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA18.045082](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.045082)

FR: VD\_GERICHTE ZA18.045082 du 8 octobre 2019

IT: VD\_GERICHTE ZA18.045082 del 8 ottobre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 26**

juin 2018) n'a pas la valeur probante requise par la jurisprudence dès lors que ses conclusions sont contredites par les Drs A. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_. Cela étant, il requiert la mise en œuvre d'une expertise indépendante. Il soutient également que l'évaluation de sa capacité de travail qualifiée d'entière par l'intimée n'est pas fiable, faute d'expertise indépendante. Le recourant estime dès lors qu'il y a lieu de se rallier aux avis des Drs A. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, lesquels expriment respectivement une incapacité de travail à 50 % dans une activité adaptée tenant compte de limitations fonctionnelles plus lourdes, ainsi qu'une capacité de travail dans une activité adaptée qui ne saurait être entière. Il en conclut qu'une rente d'invalidité doit lui être servie. En ce qui concerne le droit à une IPAI, le recourant fait valoir, pour ce qui est de l'atteinte à l'épaule gauche, que dès lors qu'il ne peut pas travailler avec les bras au-dessus des épaules, il a droit à une IPAI pouvant se situer entre 15 et 30 %, comme dans le cas d'une épaule bloquée à l'horizontale (15 %) ou dans celui d'une épaule bloquée en abduction (30 %) selon la table 1 établie par la SUVA. Il soutient également qu'il a droit à une IPAI pour les lombalgies inhérentes à une hernie discale médiane qu'il convient de fixer entre 5 et 10 % en application par analogie avec l'IPAI accordée en cas d'hernie prouvée provoquant des douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement selon le tableau d'indemnisation n° 7 de la division médicale de la CNA. Par réponse du 11 février 2018, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, a conclu au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. Elle fait valoir en bref que le recourant ne fournit aucun élément objectif susceptible de remettre en cause les conclusions de la Dre C. \_\_\_\_\_ relatives à la capacité résiduelle de travail de l'assuré, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. S'agissant du degré d'invalidité, elle soutient que c'est à bon droit qu'elle s'est référée aux données salariales basées sur les DPT pour le déterminer. En ce qui concerne la question de l'IPAI, l'intimée considère que le recourant n'avance pas non

- 21 - plus d'élément scientifique permettant de douter du bien-fondé de l'appréciation du médecin d'arrondissement. Pour le surplus, elle se réfère à la décision entreprise. Dans sa réplique du 5 mars 2019, le recourant confirme l'intégralité de ses conclusions et ses motifs.

**E n d r o i t :** 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du

tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid.

- 22 - 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Il convient de rappeler que le droit des assurances sociales ne connaît pas l'action en constatation de droit. Toutefois, les conclusions du recourant pouvant être comprises comme tendant à la réforme, respectivement à l'annulation de la décision entreprise, l'utilisation du terme « constater » n'a pas d'incidence sur leur recevabilité. Cela étant, le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 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, sont applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]). 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). b) 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).

- 23 - 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 la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé

(ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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

- 24 - 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit également 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, une

- 25 - 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/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 4. a) Il n'est pas contesté que le cas du recourant est stabilisé en ce sens qu'aucune amélioration ne peut être attendue d'un point de vue médical. De même, les parties s'accordent pour admettre que l'activité habituelle du recourant d'aide menuisier n'est plus exigible, compte tenu des limitations fonctionnelles qu'il présente à la suite de l'événement du 11 janvier 2017. Par contre, en ce qui concerne le droit à la rente d'invalidité, le

recourant conteste le point de vue de l'intimée, en tant que celui-ci se base sur l'évaluation médicale de la Dre C. \_\_\_\_\_, selon laquelle la capacité de travail est totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelle suivantes : pas d'activité avec les bras majoritairement au-dessus de la tête ni port répété de charges lourdes supérieures à 15 kg (cf. rapport rectificatif du 27 juin 2018 faisant suite à l'examen final du 25 août 2017). Il considère que les rapports médicaux de ses médecins traitants, les Drs A. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ (cf. rapports du 24 juillet, respectivement du 18 juillet 2018) remettent sérieusement en question sa valeur probante. Les limitations fonctionnelles de l'épaule gauche dans une activité adaptée seraient bien plus importantes que celles retenues par le médecin d'arrondissement. Selon le Dr A. \_\_\_\_\_, elles entraîneraient (il semble qu'il prenne également en compte l'atteinte au dos que la Dre C. \_\_\_\_\_ a exclue) une capacité résiduelle de travail de 50 % ; il recommande également une évaluation lors d'un stage. Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, il estime que la capacité de travail dans une activité adaptée doit être évaluée dans le cadre d'une expertise. Cela étant, le recourant fait valoir qu'il a droit à une rente d'invalidité, le cas échéant qu'une expertise doit être ordonnée pour déterminer sa capacité résiduelle de travail. Pour sa part, l'intimée estime que l'examen final de son médecin d'arrondissement repose sur une connaissance complète du dossier médical et que ses conclusions, objectives et motivées, sont

- 26 - convaincantes. Elle est d'avis que les médecins traitants du recourant n'ont amené aucun élément objectif susceptible de les remettre en question et qu'une expertise est inutile. b) Sur le plan médical, il est constant que le recourant présente un tableau clinique caractérisé par une atteinte à son épaule gauche depuis l'accident du 11 janvier 2017 (chute sur le flanc gauche de sa hauteur). Les radiographies n'ont pas montré de fracture ni de luxation. Le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire de grade I à II a été retenu par le médecin des urgences. Dans son rapport du 9 mars 2017, le médecin traitant du recourant, le Dr A. \_\_\_\_\_, a retenu comme diagnostics une probable entorse acromio-claviculaire avec une bursite sous-acromiale gauche ainsi que des lombalgies aiguës. Le traitement est resté conservateur (physiothérapie) et antalgique. Le recourant a été examiné par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 4 juillet 2017. Dans son rapport du 9 juillet suivant, ce spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie a indiqué avoir constaté une lésion partielle de la coiffe des rotateurs, actuellement en décours ; il n'y avait pas d'indication chirurgicale, le traitement de physiothérapie portant ses fruits tant objectivement que subjectivement. Il a donc proposé au recourant de reprendre toutes ses activités, y compris professionnelles, en ce qui concerne l'épaule gauche. Il relevait que l'IRM de l'épaule gauche de mars 2017, sur laquelle on pouvait constater la lésion partielle de la coiffe des rotateurs, était de qualité médiocre. C'est dans ce contexte que, le 25 août 2017, la Dre C. \_\_\_\_\_ a procédé à l'examen final de l'assuré. Elle a retenu comme diagnostics un status après probable entorse acromio-claviculaire et une bursite sous-acromiale floride de l'épaule gauche à la suite de la chute du 11 janvier 2017 ainsi qu'un status après contusion lombaire dans le cadre de troubles lombaires dégénératifs avec hernie discale L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire ou médullaire d'origine dégénérative. En ce qui concerne ce dernier diagnostic, elle se référait aux conclusions de la CRR dans leur rapport du 18 décembre 2015 dans le cadre d'un précédent accident, soit une chute du lit le 24 juin 2015 (sinistre n° 24.18827.15.0),

- 27 - qui avaient préconisé une reprise du travail à 100 % le 1er février 2016 en retenant comme limitations fonctionnelles : pas de maintien d'une position statique debout

prolongée ou d'une position d'un tronc en porte-à-faux ni de port répété de charges lourdes supérieures à 15 kg. Après une période de chômage, le recourant avait entrepris une formation d'aide-menuisier jusqu'à l'événement du 11 janvier 2017. Dans son rapport, le médecin d'arrondissement relevait des discordances dans les déclarations du recourant en ce qui concerne les douleurs à l'épaule gauche et des différences dans l'examen clinique avec les constatations du Dr H. \_\_\_\_\_ en ce qui concerne la mobilité, un peu diminuée lors de son examen final, sans explication radiologique ou clinique ; elle concluait qu'il y avait des phénomènes d'exagération dont l'origine n'était pas médicale. En ce qui concerne les dorsolombalgies sans lésion structurelle, sans déficit moteur ni sensitif à la suite de la chute du 11 janvier 2017, elle considérait que ledit événement avait passagèrement aggravé un état antérieur déjà connu (cf. conclusions de la CRR ci-dessus rapportées). Dans un complément du 27 juin 2018, la Dre C. \_\_\_\_\_ a conclu que l'activité habituelle n'était plus exigible, que la contusion lombaire apparue le 11 janvier 2017 dans le cadre de troubles lombaires dégénératifs avec hernie discale L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire ou médullaire d'origine dégénérative déjà connus (sinistre n° 24.18827.15.0) avait totalement cessé de déployer ses effets après six mois et qu'il n'y avait dès lors aucune limitation fonctionnelle à retenir. En ce qui concerne l'épaule gauche, elle a ajouté à la limitation fonctionnelle retenue dans son rapport du 25 août 2017 (pas de travail avec les bras majoritairement au-dessus de la tête) l'interdiction du port répété de charges lourdes supérieures à 15 kg. Elle a estimé à ce propos que les limitations fonctionnelles retenues par la CRR étaient moins restrictives car elles tenaient compte de l'ensemble des atteintes et notamment des atteintes dégénératives du rachis. Elle a conclu que pour les seules suites des deux événements concernant la CNA (du 5 juin 2015 et du 11 janvier 2017), les deux seules limitations fonctionnelles qu'elle venait de citer devaient être retenues. Au final, elle a considéré qu'une activité adaptée

- 28 - parfaitement aux limitations fonctionnelles décrites était exigible à 100 %, sans diminution de rendement. c) En ce qui concerne la contusion dorsale, l'avis de la Dre C. \_\_\_\_\_ est corroboré par les déclarations du recourant lui-même, qui, lors de son audition du 30 mars 2017 a déclaré : « Au niveau de mes troubles du dos, qui sont connus de la Suva depuis mon accident du 5.06.2015 (24.18827.15.0), la situation est toujours la même. Ce dernier accident n'a pas plus que tant aggravé l'état de mon dos. » Cela étant, il y a lieu de considérer que l'aggravation légère a cessé de déployer ses effets à la date indiquée par la Dre C. \_\_\_\_\_ (le 25 août 2018 au plus tard). Dans ces conditions, et faute d'élément médicalement objectif, il n'y a pas matière à entrer en matière sur la requête d'expertise, l'appréciation du médecin d'arrondissement étant motivée et convaincante. d) S'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche, les constatations du médecin d'arrondissement, notamment en ce qui concerne l'ampleur de l'atteinte et surtout la mobilité, sont corroborées par celles du Dr H. \_\_\_\_\_, un facteur d'amplification des douleurs lors de l'examen final pouvant expliquer les discordances avec les résultats plus positifs observés par le Dr H. \_\_\_\_\_. e) C'est par ailleurs en vain que l'on cherche dans le dossier des éléments permettant de conclure qu'une activité adaptée à 100 % ne serait pas exigible. Le Dr A. \_\_\_\_\_ n'a pas étayé son avis, qui n'est au demeurant pas corroboré par le Dr R. \_\_\_\_\_, lequel ne se prononce pas sur la capacité résiduelle dans une activité adaptée. Aucun d'entre eux n'indique quelle autre limitation fonctionnelle devrait être prise en compte ni pourquoi. f) Dans ces conditions, en l'absence d'autres éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions claires et convaincantes de la Dre C. \_\_\_\_\_, selon lesquelles le recourant présente une capacité de travail entière dans

une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1er avril 2018, il y a lieu de s'en tenir à

- 29 - celles-ci, étant rappelé que ses conclusions reposent sur une analyse des documents médicaux à sa disposition, des examens radiologiques et d'un examen clinique. 5. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité totale de travail dans une activité adaptée. a) A titre liminaire, on notera que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de l'appréciation émise en matière d'assurance-invalidité. b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPGa, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de

- 30 - comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 9C\_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2). c)/aa) Pour fixer le revenu d'invalide, on se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalide, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalide sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). c)/bb) En l'occurrence, le recourant n'a formulé aucun grief sur la question du calcul du degré d'invalidité. Il suffit de retenir que, comme l'exige la jurisprudence, l'intimée a déterminé

le revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant de cinq DPT, qu'elle a en outre fourni la liste des DPT existantes et que son calcul ne prête pas le flanc à la critique. Le bien-fondé du choix des DPT opéré par l'intimée doit être examiné uniquement à la lumière des lésions se trouvant en lien de

- 31 - causalité avec l'accident de janvier 2017. Or, il convient de constater que dans le choix des DPT, la CNA a pris en compte la nécessité d'une activité légère et les limitations fonctionnelles liées à l'épaule gauche, déterminées par la Dre C. \_\_\_\_\_ et non contestées par les autres médecins consultés. d) La décision sur opposition est ainsi bien fondée en ce qui concerne le droit à une rente d'invalidité. 6. a) Le recourant reproche également à l'intimée de lui avoir nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Il prétend à une IPAI d'au moins 20 %, voire de 40 % pour tenir compte des atteintes non seulement à l'épaule gauche mais également de son hernie discale et des dorsolombalgies qu'elle induit. b) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations 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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais

- 32 - joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 998 n. 311). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2). 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. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est

échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques,

- 33 - évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a). c) En l'espèce, dans son rapport du 25 août 2017, la Dre C. \_\_\_\_\_, – seule médecin à s'être prononcée sur la question – a retenu que l'assuré ne présentait pas de séquelles indemnifiables selon les tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA. Dans un rapport complémentaire du 19 septembre 2018, elle a rappelé ses propres constats lors de l'examen final ainsi que ceux du Dr H. \_\_\_\_\_, notamment en ce qui concerne la mobilité, à savoir une épaule mobile et en élévation, et a précisé ce qui suit : « On peut lire dans les tables d'indemnisations pour atteinte à l'intégrité et notamment la table 1 qu'une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontal (soit une flexion à 120°) correspond à un taux d'IpAI de 10 %. Une épaule mobile jusqu'à l'horizontal (90°) correspond à un taux d'IpAI de 15 %. Une périarthrite scapulo-humérale légère correspond à un taux d'IpAI de 0 % et moyenne de 10 %. Sur la base de notre examen clinique, on constate que l'assuré a une flexion de son épaule G à 145° alors qu'elle est à 170° chez le Dr H. \_\_\_\_\_. Lors de notre examen il y a une petite exagération des difficultés de mobilité qui ne se retrouvent pas auprès du médecin traitant et qui peut être expliquée par la situation d'examen final. Il en est de même sur le plan subjectif, puisque les douleurs décrites sont, dans un premier temps, peu importantes, puis lorsqu'elles sont spécifiées, qualifiées de 4 au repos et 5/10 lorsqu'il fait de la physiothérapie. L'intensité des douleurs décrites de peu importantes, puis lorsque nous demandons des précisions sont cotées de moyennes. Il y a donc une certaine discordance.

- 34 - Au vu d'une absence de diminution durable de la mobilité de l'épaule G et de légères douleurs (peu importantes selon l'assuré) qui correspondent à une périarthrite scapulo-humérale légère, nous avons retenu que les séquelles que présentaient l'assuré ne correspondaient pas à un taux d'IpAI selon les tables indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA et notamment la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des MS à savoir l'édition 2000 et référence 2870/1.F. » L'appréciation de la Dre C. \_\_\_\_\_ est parfaitement convaincante et échappe ainsi à la critique, quoi qu'en dise le recourant, ce d'autant qu'elle n'est contredite par aucun autre médecin. d) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire

des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'espèce, la Cour de céans ayant été en mesure de statuer sur la base des éléments médicaux figurant au dossier, la requête d'expertise pluridisciplinaire s'avère inutile et doit être rejetée. Il en va de même du stage préconisé par le médecin traitant du recourant pour évaluer sa capacité résiduelle de travail. 7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

- 35 - c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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