

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juillet 2011

Présidence de M. DIND
Juges : MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

W._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Laurent Damond,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 18 al. 1, 19 al. 1, 1ère phrase et 25 al. 1 LAA, 8 et 16 LPG

E n f a i t :

A. W._____, né en 1961, travaillait depuis le 5 décembre 2005 en qualité d'aide-étancheur auprès de l'entreprise [...] SA à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 3 novembre 2006, alors qu'il portait une soudeuse d'une trentaine de kilos sur son épaule droite en montant sur une échelle, cette dernière a glissé sur le sol. Déséquilibré et sous le poids de la charge, l'assuré a été entraîné en arrière dans un mouvement de rotation pour finalement heurter le sol avec la tête de son épaule droite (D.11). Ce n'est que quelques jours plus tard, qu'il a consulté le [...] en raison de douleurs post-traumatiques de l'épaule droite à l'effort, qui ont été soignées par un traitement conservateur, soit des analgésiques et de la physiothérapie, une incapacité totale de travail ayant au surplus été attestée. Une IRM pratiquée le 5 octobre 2007 a révélé la présence d'une rétraction de la longue portion bicipitale, d'une déchirure d'accompagnement du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur et d'une tendinopathie du sous-scapulaire, ainsi que du sus-épineux avec de fines déchirures, sans rupture (D.15/2).

Dans un rapport médical du 6 novembre 2007 (D.17), le Dr N._____, médecin traitant de l'assuré, a fait état d'une rupture du long chef du biceps, du sus-épineux et partiellement du sous-scapulaire, raison pour laquelle il a adressé l'assuré au Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a posé le diagnostic de tendinopathie rompue du sus-épineux, partiellement du sous-scapulaire droit et rompue du long chef du biceps droit (D.24). Une infiltration cortisonique sous-acromiale effectuée le 16 octobre 2007 n'ayant eu aucun effet, l'assuré a été opéré le 23 janvier 2008 par le Dr G._____ qui a pratiqué une acromioplastie par arthrotomie de l'épaule droite, une révision de la coiffe des rotateurs droits, ainsi qu'une excision du restant du long chef du biceps droit (D.28). L'intéressé a séjourné du 29 janvier au 29 février 2008 à la Clinique de M._____ en vue d'une rééducation qui a permis une

amélioration de l'amplitude articulaire (D.31). Par certificat médical du 7 juillet 2008 (D.48), le Dr G. _____ a mentionné une mobilité symétrique des épaules avec diminution de 10° de la rotation interne à droite, avec traitement sous forme de physiothérapie et nouvelle infiltration de cortisone le 29 avril 2008 (amélioration durant une quinzaine de jours). La CNA a pris en charge le cas et a donc garanti le versement des prestations légales d'assurance.

Dans un rapport médical du 6 août 2008 faisant suite à un examen clinique de l'assuré (D.51), le Dr Z. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté une limitation modérée de la mobilité, des douleurs à la palpation de la région de la coracoïde à droite et un remaniement de la silhouette du bras par insuffisance du long chef du biceps. Il a en outre signalé une diminution de la force à droite avec une bonne conservation de la sensibilité cutanée et de la mobilité des coudes, des poignets et des mains, sans atrophie musculaire majeure. D'un point de vue assécurologique, le Dr Z. _____ a conclu à une situation pratiquement stabilisée, tout en considérant qu'il se justifiait de prendre en charge une médication algique et un traitement de physiothérapie pendant deux ans sur prescription médicale. Il a en outre considéré que la capacité de travail dans l'ancienne activité était nulle. Une activité adaptée, soit se faisant sans effort particulier ou répétitif des membres supérieurs, avec un port de charges limité à 10 kg, exceptionnellement à 15 kg, dans un secteur en dessous de l'horizontale, pourrait être réalisée sans limitation ni de temps ni de rentabilité.

Dans un rapport du 17 décembre 2008 (D.73), le Dr G. _____ a confirmé son impression clinique, soit la persistance d'une tendinopathie modérée, sans déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule. N'ayant plus de traitement à proposer, il a estimé que le cas de l'assuré devait être considéré comme stabilisé.

Le 12 décembre 2008, la CNA a informé l'intéressé qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31

janvier 2009, tout en continuant à prendre en charge une médication algique et un traitement de physiothérapie (D.71).

b) Dans l'intervalle, soit en date du 10 avril 2008, W._____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une même profession (D. 41).

Par communication du 8 octobre 2008 (D.64), l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. L'intéressé n'étant pas au bénéfice d'un CFC avant l'accident, aucune mesure professionnelle ne lui a été accordée (D.65).

Par prononcé du 14 juillet 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, estimant que le préjudice économique subi par l'assuré était de 14.3 % en application de la méthode de comparaison des revenus.

c) Par décision sur opposition du 8 juillet 2009, confirmant une décision du 26 janvier 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 16 % dès le 1^{er} février 2009. Elle a ainsi considéré qu'il y avait lieu de se référer aux conclusions médicales et de recourir à la méthode générale de comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité, puisque l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative. Se référant au point de vue médical du Dr Z._____ du 6 août 2008, la CNA a admis qu'un marché du travail réputé équilibré était propre à offrir des emplois à l'intéressé, permettant ainsi de limiter au maximum le préjudice financier consécutif à l'accident du 3 novembre 2006. Ainsi malgré les séquelles de l'accident, la CNA a confirmé que l'assuré était à même d'exercer à plein temps une activité adaptée (soit tenant compte des limitations fonctionnelles) lui permettant de réaliser un salaire de 4'535 fr. par mois. Partant, la comparaison entre un revenu mensuel exigible de 4'535 fr. et un gain de valide de 5'420 fr. par mois mettait en évidence une perte économique de 16.3 %, soit 16 %. La CNA a en outre refusé d'allouer à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Sur ce point, elle s'est référée aux appréciations du Dr Z._____ qui a estimé qu'en

l'état actuel des choses, aucune atteinte à l'intégrité ne pouvait être retenue (rapport du 6 août 2008), ainsi qu'à celle du Dr G._____ qui a indiqué qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la question d'un éventuel dommage permanent (rapports des 7 juillet et 7 octobre 2008). Dès lors, en l'absence totale d'indice concret propre à mettre en cause l'appréciation du Dr Z._____, il y avait lieu d'accorder entière valeur probante à l'avis précité et de considérer que l'assuré ne subissait, en l'état, pas d'atteinte à l'intégrité.

B. a) Par acte de son mandataire du 9 septembre 2009, W._____ interjette recours contre la décision sur opposition de la CNA. Il conclut principalement à la réforme de la décision entreprise, en ce sens que la CNA doit être tenue de verser une rente d'invalidité, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité dont les quotités en pourcentage devront être fixées à dire de justice; subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à la CNA pour instructions complémentaires dans le sens des considérants. Le recourant estime que les postes auxquels l'intimée fait référence ne sont pas compatibles avec son état de santé. Le Dr G._____ a ainsi indiqué que l'évolution était défavorable malgré des infiltrations articulaires et que son patient présentait toujours des problèmes résiduels avec son biceps, qui était atrophié et se bloquait. En outre, le recourant critique le choix des descriptions de poste de travail (DPT) retenues par l'intimée pour déterminer son revenu d'invalidé, puisqu'elles ne permettent pas une activité à temps partiel et qu'elles ne sont pas compatibles avec les limitations fonctionnelles. Le recourant allègue enfin que la problématique de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'a pas été examinée, raison pour laquelle il convient d'instruire le dossier au vu de l'utilisation réduite d'un membre supérieur.

b) Dans sa réponse du 19 octobre 2009, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a précisé que l'élément relatif aux blocages du biceps était connu du Dr Z._____ qui l'a dûment pris en considération pour apprécier la capacité résiduelle du

recourant, qui n'a, au demeurant, fait état d'aucun avis médical contredisant l'exigibilité telle que décrite par le Dr Z. _____ dans son rapport du 6 août 2008. Par ailleurs, les critiques formulées par le recourant à l'encontre des DPT retenues ne justifient pas de les écarter. Ainsi, aucun médecin n'a indiqué que le recourant ne pouvait travailler qu'à temps partiel. En outre, les DPT litigieuses n'exigent ni le port de charges supérieures à 10 kg, ni des mouvements avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. En tout état de cause, l'intimée a constaté que le recours aux salaires statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ne permettait pas à l'assuré de prétendre à un taux plus élevé. En effet, en comparant le revenu d'invalidé de 4'590 fr. avec le revenu de valide de 5'421 fr. pour l'année 2008, on obtenait un taux d'invalidité de 15 %, légèrement inférieur au taux de 16 % retenu dans la décision entreprise.

c) Dans sa réplique du 13 novembre 2009, le conseil du recourant a précisé qu'il n'avait pas d'autres mesures d'instruction à faire valoir dans le cadre de cette affaire.

d) Par courrier du 23 avril 2010, le conseil du recourant a sollicité un délai pour pouvoir déposer des explications complémentaires, ainsi que pour produire toutes nouvelles pièces.

e) Par lettre du 17 mai 2010, il a mentionné que son client présentait toujours des difficultés résiduelles avec la problématique de son biceps et que les praticiens faisaient état d'une évolution défavorable malgré des infiltrations articulaires, sans toutefois produire de nouvelles pièces.

f) Par courrier du 27 mai 2010, l'intimée a estimé que le recourant n'avait pas apporté d'élément nouveau, raison pour laquelle elle a conclu au rejet du recours.

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 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Interjeté le 14 septembre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance de la CNA pour la période postérieure au 31 janvier 2009. L'assuré conteste tout d'abord le taux d'invalidité, soit le calcul du revenu d'invalidé effectué par l'intimée sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par elle. Le recourant nie que les postes de travail envisagés soient exigibles.

a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'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 lieu d'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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, no 153 p. 895; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274 et 372).

b) Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348, 128 V 29 consid. 1 p. 30, 104 V 135 consid. 2a et 2b p. 136).

Lorsque le revenu d'invalidité doit être calculé sur une base théorique et abstraite soit en raison de l'absence d'un revenu effectivement réalisé, celui-ci ne saurait se fonder sur une seule activité déterminée ou sur un tout petit nombre seulement - quand bien même cette activité serait parfaitement adaptée aux limitations en cause - dès lors que rien ne permet de penser que ce revenu serait représentatif de celui que l'assuré pourrait obtenir sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 p. 480). Pour que le revenu d'invalidité corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut

raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre eux (ATF 129 V précité).

3. a) Dans le cas particulier, il est médicalement établi qu'au moment où l'intimée a pris sa décision, l'état de santé de l'assuré était stabilisé à compter du jour de l'examen final par le médecin d'arrondissement (D.51, p.5), élément confirmé par le Dr G._____ (D.73/1). Le Dr Z._____ a toutefois précisé que d'un point de vue asséurologique, il se justifiait de prendre en charge une médication antalgique et un traitement de physiothérapie pendant deux ans sur prescription médicale uniquement. La réalisation de cette condition n'est pas véritablement remise en cause par l'intéressé. Certes, l'assuré a fait état d'une évolution défavorable (cf. recours et courrier du 17 mai 2010), mais n'a pas en l'état établi d'aggravation au degré de vraisemblance prépondérante requis (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références). En tout état de cause, aucun des praticiens consultés n'a proposé de nouvelles mesures thérapeutiques propres à améliorer sensiblement l'état de santé du recourant, du moment que ce dernier est rebelle à toutes mesures thérapeutiques (infiltrations articulaires) ou stationnaire (séjour à la Clinique de M._____).

b) Se fondant sur les conclusions du Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, l'intimée a considéré qu'en dépit des séquelles physiques de l'accident, le recourant était apte à reprendre, à un taux de 100 %, une activité adaptée, sujette aux limitations décrites par le Dr Z._____, soit exercée sans effort particulier ou répétitif des membres supérieurs, avec un port de charges limité à 10 kg, exceptionnellement à 15 kg, dans un secteur en dessous de l'horizontale. Contrairement à l'opinion du recourant, le Dr Z._____ n'a pas préconisé d'activité à temps partiel, puisqu'il a clairement précisé que l'activité adaptée pouvait être réalisée sans

limitation de temps ou de rentabilité. Le Dr G._____, ne s'est, quant à lui, prononcé ni sur la capacité de travail de son patient, ni sur les activités encore exigibles, l'incitant au contraire à entreprendre rapidement les démarches pour un recyclage professionnel (D.73/1) et estimant que si l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, la capacité de travail dans une activité adaptée était totale (D. 63). Enfin, les problèmes résiduels au niveau du biceps dont l'assuré a fait état (cf. recours) ont dûment été pris en considération par le Dr Z._____ dans son appréciation de la capacité résiduelle de l'intéressé (D.51, p. 1).

Le recourant n'ayant apporté aucun élément concret permettant d'établir que sa capacité de travail serait diminuée dans une plus large mesure que celle décrite par le Dr Z._____, il y a lieu de considérer que l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA est convaincante et qu'aucun motif ne permet de la remettre en cause. En effet, le Dr Z._____ a établi son rapport en connaissance du dossier médical de l'assuré et au terme d'un examen clinique. Il a dûment pris en considération les plaintes de l'assuré, et sa description de l'état de santé et de son influence sur la capacité de travail est claire et motivée. On rappellera à ce propos que d'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports établis par les médecins de la CNA 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 p. 353 ss.).

c) Le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité fixé par l'intimée, mais le revenu d'invalidité en affirmant que la limitation de sa capacité de travail à des activités légères, même à un taux d'activité de 100 %, entraîne un préjudice économique plus important que celui retenu. En l'occurrence, il est incontestable que les cinq DPT produites par la CNA satisfont aux conditions formelles posées par la jurisprudence (ATF 129 V 472). D'autre part, le seul fait que l'assuré conteste pouvoir occuper les postes de travail en question ne permet pas de les écarter dans la mesure ils sont pleinement compatibles avec les limitations fonctionnelles décrites

par le Dr Z._____. Dès lors, la CNA était fondée à se référer aux cinq DPT produites. Quant au revenu d'invalidé fixé sur cette base - soit 4'535 fr. - il n'est pas critiquable.

Au demeurant, on n'aboutirait pas à un résultat plus favorable à l'assuré en établissant le revenu d'invalidé sur la base des statistiques salariales tirées de l'ESS. Au vu du calcul effectué par la CNA dans son mémoire de réponse - auquel il suffit de renvoyer - et compte tenu de l'évolution des salaires nominaux en 2008 - année déterminante pour la comparaison des revenus (ATF 129 V 222; 128 V 174) - et d'une déduction pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 134 V 322 consid. 5.2 p. 327 s.; 126 V 75) de 10 %, on obtiendrait un revenu d'invalidé de 4'590 fr., soit un montant légèrement supérieur au revenu d'invalidé obtenu sur la base des DPT, soit 4'535 fr. En comparant le revenu d'invalidé ainsi obtenu, soit 4'590, à un revenu sans invalidité de 5'421 fr., on obtient un taux d'invalidité de 15 % légèrement inférieur au taux de 16 % retenu par l'intimée dans la décision entreprise.

Il appert dès lors que la CNA était fondée à allouer une rente d'invalidité calculée sur la base d'un taux d'incapacité de gain de 16 %.

4. Le recourant conclut enfin à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, compte tenu de l'utilisation réduite du membre supérieur droit, notamment en raison de blocages au niveau du biceps.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base

des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 p. 227).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de 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, 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). 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). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant

maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C_365/2007 du 15 mai 2008, consid. 7.2; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) Pour déterminer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en ce qui concerne l'épaule droite, l'intimée s'est fondée sur le rapport du médecin d'arrondissement du 6 août 2008. Le Dr Z._____ a ainsi relevé que le recourant présentait une séquelle de l'accident du 3 novembre 2006 sous la forme d'une rupture de la coiffe des rotateurs avec lésion du bourrelet glénoïdien et tendinopathie sous-scapulaire et sous-épineuse, avec une déchirure du long chef biceps, ainsi qu'un conflit sous-acromial. Le Dr Z._____ a toutefois estimé que "dans l'état actuel des choses", il n'y avait pas lieu d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans son mémoire de réponse au recours, la CNA a précisé qu'il n'y avait pas dans le dossier d'éléments permettant de retenir l'existence d'une atteinte à l'intégrité indemnisable.

La table 1.2. prévoit, en ce qui concerne l'épaule, un taux d'atteinte à l'intégrité de 30 % pour une épaule bloquée en adduction, de 10 % pour une épaule mobile jusqu'à 30° au dessus de l'horizontale, et de 15 % pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. En l'espèce, il ressort des constatations du Dr Z._____ - qui se fondent sur un examen clinique approfondi et dont il n'y a pas lieu de remettre en cause l'exactitude - qu'il y a une limitation modérée de la mobilité à droite, soit une flexion de l'ordre de 160°, une abduction de 140 à 150° et une extension de 40°. Il signale en outre une bonne conservation de la sensibilité cutanée et de la mobilité des coudes, des poignets et des mains. Dès lors, les allégations du recourant relatives au blocage de l'épaule ne remettent pas en cause l'appréciation du Dr Z._____ fondée sur l'examen clinique de l'assuré, qui au demeurant ne permet au vu des paramètres relevés de reconnaître une atteinte à l'intégrité.

Au vu de ces éléments, c'est à juste titre que l'intimée a nié le caractère important et durable de cette atteinte à l'intégrité. Sur ce point également, le recours doit être rejeté.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée du 8 juillet 2009. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire du dossier. Enfin, il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 juillet 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Damond, à Lausanne (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne

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).

La greffière :