

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 août 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Gerber, juge suppléant, et Mme Rossier, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 8 et 16 LPGA ; 18 al. 1, 24, 25 et 36 LAA ; 36 OLAA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1952, de nationalité portugaise, a travaillé en dernier lieu comme majordome dans une maison de maître, avant de percevoir des indemnités de chômage jusqu'au 21 janvier 2013. Il était à ce titre assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 21 janvier 2013, l'assuré roulait en voiture à une vitesse qu'il a estimée entre 45 et 50 km/h. La voiture a glissé sur du verglas, a heurté la glissière à gauche et est sortie de la route à droite dans un champ. L'assuré n'a pas perdu connaissance. Il appelé son épouse pour la prévenir, puis le Touring Club Suisse pour qu'il vienne sortir la voiture du champ parce qu'elle patinait. En raison de douleurs cervicales apparues environ une heure et demi après, il a consulté en urgence à l'Hôpital de N._____. Selon le rapport de sortie de la Dresse W._____, qui avait diagnostiqué une contracture musculaire paracervicale droite, le statut neurologique était conservé, mais l'assuré présentait des douleurs à la colonne cervicale, des douleurs paracervicales à droite et des douleurs au trapèze droit. L'assuré a reçu un traitement médicamenteux (antalgiques, myorelaxants) et une collerette en mousse.

Dans sa déclaration d'accident du 24 janvier 2013, l'assuré a annoncé une atteinte à l'épaule droite, un coup du lapin, une blessure à la tête et à la jambe gauche.

L'assuré a été déclaré en incapacité totale de travail depuis le 21 janvier 2013 par son médecin traitant, la Dresse C._____, médecin généraliste. En revanche, la Dresse W._____ de l'Hôpital de N._____ a nié toute incapacité de travail dans son rapport de sortie du 20 février 2013.

Une radiographie réalisée le 21 janvier 2013 à l'Hôpital de N._____ a mis en évidence une cervicarthrose étagée avec discarthrose

prédominant en C5-C6, une arthrose interfacettaire et une uncarthrose étagée. En revanche aucune fracture n'a été détectée « sous réserve des importants remaniements dégénératifs et de la non-visibilité de l'apophyse odontoïde sur l'incidence transbuccale » (rapport de la Dresse S._____ du 31 janvier 2013).

Le 29 janvier 2013, la caisse de chômage L._____ a informé la CNA que l'assuré avait épuisé son droit aux indemnités de chômage depuis le 21 janvier 2013.

Le 11 mars 2013, la Dresse C._____ a diagnostiqué des douleurs paracervicales droites sur coup du lapin, des douleurs à la ceinture scapulaire (trapèze) à droite et une contusion du genou gauche. Elle constatait une diminution progressive des douleurs, mais confirmait une incapacité totale de travail.

L'assuré a été examiné le 3 juin 2013 par la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales. Le rapport de celle-ci fait état de ce qui suit:

« Je ne reviens pas en détail sur les antécédents de ce patient que j'ai déjà eu l'occasion de voir en 2012 pour une gonalgie post-traumatique survenue à la suite de la mise en place d'une PTH droite. Ce problème a fait l'objet d'investigations multiples et de traitements divers. Sur ce plan là, la situation semble relativement bien contrôlée avec des douleurs résiduelles se développant au gré des activités quotidiennes.

Le problème actuel consiste en une intense cervicalgie latéralisée à droite qui n'a jamais quitté le patient depuis l'accident. Il y a eu un phénomène du coup du lapin mais sans perte de connaissance ni troubles neurologiques. Il faut néanmoins tenir compte du fait que Monsieur X._____ est suivi pour une maladie de Mesnières qui va d'ailleurs faire l'objet d'un traitement chirurgical prochainement. Le symptôme principal est une limitation fonctionnelle de l'épaule droite, surtout en rotation interne et en abduction avec des manifestations nocturnes. Il s'y ajoute une hypoesthésie dans la partie supérieure du trapèze jusqu'à l'acromion.

A l'examen clinique Monsieur X._____ présente tous les signes d'un conflit sous-acromial avec une nette accentuation des douleurs en rotation interne et abduction. La limitation est autant active que passive avec une distance pouce-C7 de 40 cm à droite. Il n'y a pas d'amyotrophie segmentaire mais une hypoesthésie située sur le trapèze supérieur. Les réflexes ostéo-tendineux sont difficiles à

obtenir mais présents. Il n'y a pas de diminution de la force distale. La force proximale est difficile à tester en raison des signes de conflit de la coiffe. Quant au segment cervical il est fortement limité et douloureux du côté droit avec une contracture étagée et une sensibilité extrême à la palpation en regard de C4.

Au plan radiologique, l'examen du 14 mai 2013 démontre que l'épaule droite est siège d'un acromion exostotique pouvant exercer un conflit acromio-huméral.

En conclusion, ce patient qui a déjà de nombreux troubles musculo-squelettiques, souffre depuis un [sic] d'une cervico-scapulalgie qui a probablement une double origine. Il y a d'abord un conflit sous-acromial net cliniquement et suspecté radiologiquement qu'il conviendrait de documenter par une échographie complétée d'une infiltration ciblée. Quant au trouble neurologique, il est plus probablement secondaire à une lésion cervicale qu'il m'a paru important de documenter par une IRM. »

Une IRM cervicale réalisée le 10 juin 2013 a mis en évidence une uncodiscarthrose étagée de C3 à C7 avec un canal cervical étroit prédominant en C3-C4 et C4-C5, une petite hernie discale C4-C5 médiane et paramédiane droite sans conflit avec les racines, ainsi qu'une sténose foraminale droite de C3-C4, C4-C5 et C5-C6. Aucune nouvelle fracture ni œdème osseux n'était visible. En revanche, l'IRM a révélé un trait à la base de l'odontoïde, qui pourrait correspondre à une séquelle d'une ancienne fracture.

Un ultrason cervical réalisé le 10 juin 2013 a relevé une tendinopathie du long biceps et une bursite sous-acromio-deltoïdienne avec un aspect de rupture au moins partielle de la face bursale du sus-épineux associée à un épanchement intra-articulaire ne permettant pas d'exclure une rupture transfixiante très localisée. Une infiltration sous-acromio-deltoïdienne a été accomplie.

L'assuré a été examiné le 3 juillet 2013 par le Dr Q._____, spécialiste en neurologie. Le rapport de celui-ci fait notamment état de ce qui suit:

« L'histoire actuelle remonte au 21.01.2013 où il a été victime d'un accident de la circulation avec distorsions cervicales et apparition de douleurs, d'abord scapulaires puis également cervicales droites. Depuis lors, ces douleurs résistent au traitement habituel. Il s'agit d'une part de douleurs cervicales avec limitation des mouvements et

également des douleurs de l'épaule nettement exacerbées lors de l'élévation, l'abduction, et la rotation interne/externe du bras. Ces douleurs entraînent une impotence du membre supérieur droit. Il signale également un engourdissement dans la région du trapèze droit.

L'IRM de la colonne cervicale montre une uncodiscarthrose étagée de C3 à C7 avec un canal cervical étroit prédominant en C3-C4 et C4-C5, avec une petite hernie discale C4-C5 médiane et paramédiane droite, toutefois a priori sans conflit avec les racines. On note une sténose foraminale droite en C3-C4, C4-C5 et C5-C6. L'US [ultrason] de l'épaule droite montre une bursite sous-acromiale deltoïdienne avec une rupture partielle de la face bursale du sus-épineux associée à un épanchement intra-articulaire et également à une tendinopathie du long biceps, pour laquelle le patient bénéficiera d'une infiltration sous-acromio-deltoïdienne sous scopie, sans effet positif, le 11.06.2013.
[...]

Ce patient présente donc des cervico-scapulalgies droites d'origine mixte, en partie d'origine cervicale, et en partie en relation avec une atteinte de la coiffe des rotateurs.

Pour ce qui est de la colonne cervicale, sa mobilité est fortement limitée et douloureuse dans toutes les directions, avec une contracture paracervicale droite qui s'étend jusqu'au niveau des trapèzes et même dans la région des rhomboïdes et des sus-épineux. En revanche, sur le plan radiculaire, la seule anomalie retrouvée est une hypoesthésie qui correspond vraisemblablement au dermatome C4 droit alors que sur le plan moteur, il n'y a pas d'amyotrophie ni de parésie, si ce n'est des lâchages très certainement d'origine antalgique.

L'EMG de détection ne montre d'ailleurs pas de signe neurogène dans les divers myotomes allant de C4 à C6 droite.

Actuellement, les douleurs scapulaires semblent être clairement en relation avec l'atteinte au niveau de la coiffe des rotateurs, si l'on considère la limitation et la douleur en élévation et abduction mais également en rotation interne et externe. Il est donc tout à fait possible qu'il y ait malgré tout une discrète irritation radiculaire en relation avec la sténose foraminale et la hernie discale C4-C5 médiane et paramédiane droite. En tout cas, il n'y a pas de menace neurologique. Il est fort probable que l'accident ait décompensé la situation sur le plan cervical, où il existe tout de même passablement de troubles dégénératifs avec l'impression de discarthrose pluri-étagée, canal étroit et hernie discale particulièrement au niveau C4-C5. »

Dans un rapport intermédiaire du 8 juillet 2013, la Dresse C._____ a estimé que la cervicalgie, la scapulalgie avec rupture partielle du sus-épineux et la névralgie cervicobrachiale avec hypoesthésie sur le trapèze avaient un caractère post-traumatique. Une cervicarthrose et un

conflit sous-acromial étaient susceptibles d'influencer de manière défavorable le processus de guérison.

Le 29 juillet 2013, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'accident du 21 janvier 2013 avait rendu douloureux ou aggravé un état antérieur, probablement de manière passagère. A son avis, en fonction des renseignements en possession de la CNA, on devrait atteindre un status quo sine au plus tard à un an de l'accident.

Le Dr J._____ a examiné l'assuré le 21 août 2013 et proposé une hospitalisation à la Clinique D._____ (ci-après : D._____).

L'assuré a séjourné du 9 octobre au 5 novembre 2013 à la clinique D._____. En se fondant notamment sur un examen électroclinique (ENMG) pratiqué par le Dr Z._____, neurologue, et sur un consilium du Dr B._____, rhumatologue, le rapport de sortie du 25 novembre 2013 des Drs K._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, et P._____, médecin-assistant, exposait notamment ce qui suit:

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Troubles dégénératifs cervicaux.
- Canal cervical étroit prédominant en C3-C4 et C4-C5.
- Rupture transfixiante du tendon supra-épineux droit (arthro-IRM du 30.10.2013).
- Infiltration sous acromio-deltoïdienne droite sous scopie le 10.06.2013.
- Accident de la voie publique le 21.01.2013.
- Lombalgies chroniques.
- Troubles dégénératifs lombaires.
- Antécédent de pose d'une PTH à droite.

Comorbidités:

- Maladie de Ménière.
- Trouble anxieux.
- Syndrome douloureux paroxystique de l'intestin.
- HTA.
- Obésité.

[...]

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : Rupture partielle, transfixiante du tendon du supra-épineux avec un muscle encore de bonne qualité sans atteinte des autres tendons de la coiffe. Il y a aussi une arthrose acromio-claviculaire assez évoluée avec probablement un petit effet de masse sur la jonction musculo-tendineuse du supra-épineux. Le patient a 61 ans, il souffre depuis une dizaine de mois de cette épaule D. Une infiltration sous-acromiale correctement réalisée n'a pas eu beaucoup d'efficacité. On peut proposer une 2ème infiltration en sous-acromial et il faudra présenter ce patient à un chirurgien de l'épaule si l'évolution n'est toujours pas favorable, de façon à discuter l'indication à une réparation tendineuse avec acromioplastie.

Sur le plan psychiatrique : Aucun

Sur le plan neurologique : Aucun. L'examen électroclinique actuel relève d'une part une hypoesthésie tacto-algique pouvant correspondre au territoire C4 à droite. Cependant, les neurographies démontrent seulement de légers signes d'une atteinte myélinique du nerf médian au poignet droit sans traduction clinique et un léger ralentissement focal du nerf ulnaire au coude également sans traduction clinique. Il pourrait s'agir d'une diminution de la sensibilité en lien avec les sténoses foraminales cervicales droites. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels (surcharge conjugale et familiale) jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et mais ne semblent pas influencer défavorablement la rééducation.
[...]

Le traitement antalgique consistait en du Dafalgan 1 g en réserve 3x/jour maximum, du Tramadol en réserve en cas d'exacerbation des douleurs, Tramadol gouttes en cas d'exacerbation des douleurs. Pour les douleurs lombo-sciatalgiques, le patient avait du Voltarène retard 75 qu'il prenait en réserve.

L'évolution subjective et objective est (cf. rapports et test fonctionnels) la suivante : pas d'évolution significative pour la nuque, quelques gains pour la fonction de l'épaule droite.

La participation du patient aux thérapies a été bonne.

De nouvelles interventions sont proposées : éventuellement une opération à l'épaule droite. Nous laissons le soin au médecin-traitant de demander un examen par un chirurgien de l'épaule.
[...]

L'incapacité de travail totale est prolongée jusqu'au 6 décembre de façon à donner l'occasion au patient de parfaire son auto-rééducation et sa rééducation avec son physiothérapeute. Ensuite, une capacité de travail de 50 % devrait pouvoir être reconnue. »

Selon les Drs K._____ et P._____, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable (en raison de facteurs médicaux retenus après l'accident, de facteurs médicaux sans lien avec l'accident et de facteurs non-médicaux) du fait de la chronicité de la cervicalgie, de l'atteinte de l'épaule droite, des problèmes conjugaux et du cumul des comorbidités.

A la sortie de la clinique D._____, l'incapacité totale de travail a été prolongée jusqu'au 6 décembre 2013 par la Dresse T._____ de la clinique D._____, puis à partir de cette date par la Dresse C._____.

Lors d'un entretien le 23 janvier 2014 avec l'inspecteur de la CNA, l'assuré a déclaré n'avoir pas eu de problème malade important, hormis une prothèse totale de la hanche droite et la maladie de Ménière ainsi que de l'hypertension. L'assuré estimait que la situation s'était détériorée depuis la sortie de la clinique D._____.

Le 29 janvier 2014, la Dresse C._____ a déclaré que les douleurs et l'impotence fonctionnelle n'étaient pas en amélioration depuis la fin du séjour à la clinique D._____.

Le 11 février 2014, la Dresse H._____ a estimé improbable la reprise du travail et qu'il fallait s'attendre à un dommage permanent de 100 %.

Un stimulateur électrique transcutané de type TENS a été pris en charge par la CNA en raison de ses effets antalgiques positifs.

Le Dr F._____, chirurgien orthopédique, a constaté le 30 avril 2014 que l'épaule droite présentait surtout une ankylose avec une nette limitation tant de la mobilité active que passive alors que les douleurs provenaient pour l'essentiel de la nuque et très peu de la lésion du sus-épineux. Un traitement chirurgical ne devait être envisagé qu'avec beaucoup de prudence, l'ankylose représentant une nette contre-

indication. De plus, il était peu probable qu'une opération réduise suffisamment les plaintes issues de la nuque. D'autres infiltrations, en particulier de l'espace sous-acromial, complétées par de la physiothérapie paraissaient bien davantage indiquées.

L'examen médical final a été réalisé par le Dr J. _____ le 18 juin 2014 et a abouti à l'appréciation suivante:

« Le bilan effectué depuis l'accident a montré que cet accident n'a entraîné aucune lésion structurelle au niveau cervical, chez un patient souffrant d'uncodiscarthrose étagée de C3 à C7 avec canal cervical étroit prédominant en C3-C4 et C4-C5, petite hernie discale C4-C5 médiane et paramédiane D sans conflit avec les racines et sténose foraminale D de C3-C4, C4-C5 et C5-C6.

Le bilan effectué a également mis en évidence une rupture transfixiante du tendon du supra-scapulaire D, rupture probablement en relation avec l'accident de janvier 2013.

Actuellement, le patient se plaint peu de son épaule D, dans la mesure où il souffre énormément de ses cervicalgies, qui l'invalident passablement.

En ce qui concerne les cervicalgies, l'accident de janvier 2013 n'ayant entraîné aucune lésion structurelle, le statu quo sine est largement atteint.

Objectivement à l'examen clinique de la ceinture scapulaire D, douleurs à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire D et du sillon delto-pectoral D. Limitation de l'abduction et de l'antépulsion aussi bien active que passive à 90°. Légère limitation de la rotation externe, coudes au corps, et de la rotation globale interne de l'épaule D avec diminution sensible de la force de cette épaule D à la rotation interne et externe, coudes au corps, contre-résistance et au test du portefeuille.

En ce qui concerne cette épaule D, aucune sanction chirurgicale n'est retenue et, actuellement, aucun traitement particulier n'est envisageable. La situation peut être considérée comme stabilisée à ce niveau.

Du point de vue asséculogique, une activité professionnelle adaptée aux séquelles de l'accident de janvier 2013, c'est-à-dire prenant en compte les séquelles au niveau de l'épaule D, est une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement et d'effort répété bras D décollé du tronc correspondant au port de charges de plus de 4 kg, pas de mouvement répétitif de rotation interne ou externe de l'épaule D contre résistance de plus de 2 kg et pas de mouvement du MSD au-dessus du niveau des épaules, pas de port fréquent de charges de plus de 10 kg bras D accolé au tronc.

Dans une activité respectant ces limitations, le patient a une capacité de travail théorique totale, en relation avec les séquelles de l'accident de janvier 2013.

Reste à la charge de l'assurance-accident le traitement antalgique et anti-inflammatoire pour les douleurs de l'épaule D avec, si prescrites, jusqu'à 2x/9 séances de physiothérapie par année pour l'épaule D. »

Le Dr J. _____ a fixé le taux d'atteinte à l'intégrité à 15 % selon la table 1 des indemnisations des atteintes à l'intégrité, en raison du fait que l'assuré ne pouvait pas élever son bras droit au-dessus du niveau des épaules.

Le 23 juin 2014, l'assuré a informé la CNA qu'il était employé de l'entreprise E. _____ SA comme livreur de journaux, qu'il avait suspendu cette activité pour une durée indéterminée suite à l'accident du 21 janvier 2013 et avait été remplacé par son neveu pendant sa convalescence.

Le 25 août 2014, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2014, mais qu'elle continuait à prendre en charge les médicaments antalgiques et anti-inflammatoires ainsi que de la physiothérapie si nécessaire.

Dans un rapport du 24 août 2014 qu'il a signé en tant que psychiatre et psychothérapeute, le Dr V. _____ a déclaré avoir été consulté par l'assuré entre le 26 septembre 2012 et le 8 août 2014 pour un conflit conjugal. L'assuré souffrait d'un état anxieux et d'un léger trouble dépressif récurrent. Le conflit ayant abouti à une séparation menant à un divorce, l'assuré a été soulagé et ne présentait plus de symptômes anxieux ni de déprimés. La thérapie avait pris fin le 8 août 2014.

Le 18 septembre 2014, la Dresse R. _____, spécialiste en anesthésiologie du service d'antalgie de l'Hôpital N. _____, a

communiqué que la symptomatologie douloureuse persistait malgré deux séries d'infiltrations cervicales.

Selon un rapport du Dr Q._____ du 2 octobre 2014, l'assuré présentait toujours des cervico-brachialgies droites chroniques suite à une distorsion cervicale survenue le 21 janvier 2013. Les douleurs au niveau de l'épaule étaient certainement en relation avec les séquelles de l'atteinte au niveau de la coiffe des rotateurs. Par contre, il existait un important syndrome cervical certainement en relation avec les troubles dégénératifs qui avaient été bien visualisés sur l'IRM cervicale pratiquée en 2013. Sur le plan neurographique, il existait un syndrome du tunnel carpien droit, mais qui était minime et n'expliquait pas la symptomatologie. Il y avait aussi cliniquement des signes en faveur d'une épicondylite droite, même si une compression du nerf radial n'avait pas été mise en évidence.

B. Par décision du 30 octobre 2014, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 18'900 fr. correspondant à une diminution de l'intégrité de 15 %. Elle a en revanche nié tout droit à une rente, estimant que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante.

Le 21 novembre 2014, l'assuré a fait opposition contre la décision du 30 octobre 2014, contestant tant le taux d'atteinte à l'intégrité que le refus de rente. Le 18 décembre 2014, il a motivé son opposition, estimant qu'une expertise pluridisciplinaire aurait dû être mise en œuvre.

A l'appui de son opposition, l'assuré a présenté une lettre de la Dresse C._____ du 10 décembre 2014, dans laquelle celle-ci déclare s'opposer à l'appréciation de la CNA de fixer le taux d'atteinte à l'intégrité à 15 % et de refuser toute rente. Suite à l'accident du 21 janvier 2013, l'assuré présentait des douleurs continues et une impotence fonctionnelle importante, ayant entraîné l'interruption d'un stage. De l'avis de la Dresse C._____, ces limitations n'étaient pas passagères.

Dans un rapport du 4 décembre 2014, la Dresse R._____ a rappelé que les infiltrations facettaires cervicales pratiquées depuis début 2014 n'avaient permis de calmer la symptomatologie douloureuse que de façon transitoire. Tout port de charge ou mouvements plus intenses des bras exacerbent les douleurs qui semblaient par contre calmées par le repos. Une IRM cervicale avait été réalisée le 24 octobre 2014. Elle avait mis en évidence, par rapport à l'examen comparatif de juin 2013, une majoration du rétrécissement canalaire en C3-C4 et C4-C5 secondaire à des protrusions disco-ostéophytaires ainsi qu'à l'arthrose interfacettaire postérieure préexistante. Aucune opération neurochirurgicale n'avait été retenue. La prise en charge conservatrice par infiltration cervicale tous les trois mois était poursuivie.

Dans un rapport du 18 février 2015, la Dresse H._____ a relevé notamment ce qui suit :

« Rappelons brièvement que ce patient âgé de 63 ans présente des troubles dégénératifs rachidiens auxquels s'ajoute une tendinopathie de la coiffe de l'épaule droite. Sa situation s'est compliquée à l'occasion d'un accident de la voie publique avec choc fronto-latéral droit ayant entraîné un syndrome cervical hyperalgique et une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit.

Les investigations effectuées à ce jour ont mis en évidence une cervicarthrose étagée avec un rétrécissement canalaire prédominant en C3-C4 et C4-C5 ainsi qu'une lésion tendineuse du sus-épineux.

Ces diverses affections n'ont pas trouvé d'indication opératoire auprès des spécialistes consultés et une attitude conservatrice a été adoptée.

Monsieur X._____ est suivi par Madame Dr R._____, à la consultation d'antalgie de l'hôpital de N._____, qui a grâce à des infiltrations cervicales pu significativement améliorer les symptômes situés dans la région cervico-scapulaire. Par contre la scapulalgie est actuellement très présente, tant la nuit que le jour avec une sensation de perte progressive de la force distale.

Depuis quelques semaines, on a pu observer une discoloration et une discrète tuméfaction de la main droite et se pose le diagnostic différentiel avec une algoneurodystrophie.

Concernant les autres morbidités il y a un trouble dépressif sévère dans le contexte de la douleur chronique mais aussi d'un conflit conjugal dont l'issue juridique est complexe. La décision de la SUVA

[CNA] de « clore » le dossier atteint également le moral de Monsieur X._____.

A l'examen clinique, patient déprimé, ne mobilisant pas spontanément son bras droit. La mobilité cervicale est réduite avec des contractures du trapèze et de la musculature paravertébrale. La flexion extension est réduite à 15 cm et 3 cm. Pour l'épaule droite, douleur à la palpation de tous les muscles péri-articulaires. Flexion active 100°, passive 110°, abduction active 80°, passive 90°. Rotation interne et abduction : distance pouce-C7 40 cm à droite, 25 cm à gauche. Palpation très sensible de l'épicondyle droit et de la musculature de l'avant-bras. Diminution globale de la force sans qu'il soit possible de déceler un syndrome radiculaire précis. Il y a une hypoesthésie dans la région du trapèze droit. Les réflexes ostéotendineux sont présents mais faibles. A noter la présence de 2 nodules kystiques sur les IP des pouces. Le gauche sera prochainement excisé à la clinique [...]. Ce jour, je n'ai pas constaté de discoloration de la peau, sauf un léger érythème palmaire plus marqué à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de sudation excessive ni signe de rétraction des tissus évoquant une maladie de Sudeck.

Radiographies des mains face (sur la même plaque) du 18.02.2015 : pas d'asymétrie de la texture osseuse, pas d'atrophie pommelée. Altérations dégénératives sur plusieurs IPP et IPD, en particulier sur les IP des pouces avec une ostéophytose importante à gauche.

En conclusion, ce patient courageux souffre depuis de nombreuses années de troubles musculo-squelettiques dans un contexte dépressif. Rappelons aussi qu'une maladie de Ménières lui perturbe le quotidien. Les troubles principaux datent d'un accident de la circulation en janvier 2013 dont il garde d'importantes séquelles douloureuses et fonctionnelles au bras droit.

Un diagnostic précis est difficile à poser, puisqu'il y a une intrication de plusieurs phénomènes issus de la colonne cervicale et de l'épaule. On peut suspecter un syndrome douloureux complexe, mais je ne crois pas qu'il s'agisse d'une véritable algoneurodystrophie au vu de la clinique et des radiographies rassurantes.

Mes propositions thérapeutiques sont les suivantes :

- infiltration de la bourse sous-acromiale à l'aveugle (18.02.2015).
- indication à un bloc stellaire par les soins du Dr R._____.
- Poursuite de l'ergothérapie et de la physiothérapie en insistant sur la mobilisation active.

A mon avis la capacité même théorique de travail est nulle dans toute activité qui solliciterait les membres supérieurs ou qui générerait un stress auditif ou psychique. »

Le 15 avril 2015, la CNA a informé l'assuré des descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) retenues, à savoir :

N° DPT	Profession	Désignation de la fonction	Localité	Année salariale	Salaire moyen	Salaire min.	Salaire max.
3482	Collaborateur de production	façonnage de pierres	Lucens	2014	49'962 fr.	47'061 fr.	52'863 fr.
8984	Collaborateur de production	contrôle de qualité	Vallorbe	2014	52'000 fr.	45'500 fr.	58'500 fr.
5787	Collaborateur de production	affûtage	Rolle	2014	53'950 fr.	49'400 fr.	58'500 fr.
362411	Collaborateur de production	sur machines automatiques	Renens VD	2014	54'900 fr.	50'000 fr.	59'800 fr.
438406	Collaborateur de production	polisseur	Gimel	2014	55'150 fr.	50'400 fr.	59'900 fr.
Moyenne					53'192.40	48'472.20	57'912.60

Le 21 avril 2015, le conseil de l'assuré a contesté les DPT choisies au motif qu'elles ne tenaient pas du tout compte des affections de l'assuré : comme celui-ci souffrait d'un syndrome cervical hyperalgique et d'une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit, on ne voyait pas comment il pouvait procéder très souvent au maniement d'objets à motricité fine.

Par décision sur opposition du 23 avril 2015, la CNA a rejeté l'opposition au sens des considérants.

C. Le 22 mai 2015, l'assuré, représenté par Me Flore Primault, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud contre la décision sur opposition de la CNA du 23 avril 2015. Elle conclut à l'annulation de cette décision et à l'octroi de prestations de l'assurance-accident, notamment d'une rente fixée à dire de justice. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause auprès de la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, le recourant sollicite la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 25 juin 2015, la CNA, représentée par Me Olivier Derivaz, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 23 avril 2015.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans la suite de l'échange d'écritures.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel 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). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b, et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 p. 406).

b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 ; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

Lorsque des douleurs apparaissent consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (TF 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3) même si l'atteinte à la santé est en très grande partie la conséquence d'une maladie (TF 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.3). Il en va différemment, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet (TF 8C_423/2012 précité consid. 5.3 ; TF 8C_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.3 ; TF U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 6.2 et les références).

3. a) En l'espèce, la décision attaquée a admis le maintien du lien de causalité naturelle entre l'accident du 21 janvier 2013 et la lésion de l'épaule droite (rupture transfixiante du tendon du supra-scapulaire), en se fondant sur l'appréciation du Dr J._____ selon lequel ce lien de causalité était probable.

b) La décision attaquée a en revanche considéré que le statu quo sine était atteint en ce qui concerne les cervicalgies droites. Même si la décision ne le précise pas, il faut en déduire que le statu quo sine était atteint au moins le 31 octobre 2014 lors de la fin de la prise en charge des indemnités journalières et des soins médicaux. La décision attaquée s'est fondée sur l'appréciation du Dr J._____ selon lequel le statu quo sine concernant les cervicalgies était largement atteint lors de l'examen le 18 juin 2014 parce que l'accident du 21 janvier 2013 n'avait entraîné aucune lésion structurelle.

Le recourant conteste l'évaluation du rapport de causalité en invoquant essentiellement l'argument de l'insuffisance de l'appréciation

du Dr J._____ au regard des exigences jurisprudentielles en matière de « coup du lapin ».

aa) A titre préalable, il faut relever qu'au cas où les cervicalgies ne seraient pas la conséquence d'un traumatisme de type « coup du lapin » mais une aggravation d'un état dégénératif antérieur qui était resté asymptomatique jusqu'à l'accident du 21 janvier 2013 (cf. dans ce sens l'appréciation du Dr Q._____ du 3 juillet 2013 selon lequel il était fort probable que l'accident ait décompensé la situation sur le plan cervical), il faudrait appliquer la jurisprudence selon laquelle une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique est présumée cesser de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. SVR 2009 UV n° 1 p. 1 ; voir également les arrêts TF 8C_843/2014 du 18 mars 2015 consid. 8.1 ; TF 8C_765/2014 du 9 février 2015 consid. 6.1 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 ; TF 8C_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3 ; TF 8C_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et TF 8C_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3). En effet, aucun médecin n'a établi un lien de causalité naturelle entre les atteintes cervicales mises en évidence par les IRM cervicales du 10 juin 2013 et du 24 octobre 2014 et l'accident du 21 janvier 2013. Conformément à cette jurisprudence le statu quo sine concernant les cervicalgies aurait déjà été atteint depuis longtemps lors de la fin de la prise en charge des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 octobre 2014. L'appréciation du Dr J._____ serait ainsi conforme à la présomption découlant de la jurisprudence susmentionnée.

bb) En matière de lésions au rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression,

etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 5.2 ; TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 avec d'autres références). Il faut en outre que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2 p. 338 ss ; ATF 117 V 359 consid. 4b p. 360 ss). La jurisprudence a posé des exigences accrues en matière de preuve pour les lésions au rachis cervical par accident de type « coup du lapin ». Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de la personne assurée ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 122 ss). Il est recommandé que l'expertise soit réalisée par des médecins spécialisés, prioritairement dans les domaines de la neurologie, de l'orthopédie et psychiatrique. L'expertise doit fournir des déclarations convaincantes sur les points suivants : les plaintes de l'assuré sont-elles vraiment crédibles et peuvent-elles être avec une vraisemblance prépondérante et au moins partiellement la conséquence d'un traumatisme de type « coup du lapin » (ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125).

cc) En l'espèce, l'existence d'un coup du lapin a non seulement été affirmée par l'assuré dans sa déclaration d'accident du 24 janvier 2013, mais elle est aussi postulée par la Dresse C._____ pour la première fois le 11 mars 2013 et par la Dresse H._____ le 3 juin 2013. Le rapport du Dr Q._____ du 2 octobre 2014 a aussi fait état d'une distorsion cervicale survenue le 21 janvier 2013.

L'expertise pluridisciplinaire de la clinique D._____ datée du 25 novembre 2013 s'est prononcée en détail sur les différentes plaintes du recourant, mais pas sur le lien de causalité avec l'accident du 21 janvier

2013. Elle n'a en outre ni abordé expressément la problématique de l'existence d'un coup du lapin ni a fortiori celle d'un lien de causalité entre les plaintes subsistantes et un tel coup du lapin. Eu égard au fait que les rapports des Dresses C._____ et H._____ figuraient au dossier, le diagnostic de troubles dégénératifs cervicaux retenus par l'expertise de la clinique D._____ pourrait certes être compris comme la négation implicite d'un coup du lapin. L'obligation de procéder à une telle interprétation a contrario de l'expertise de la clinique D._____ montre toutefois que cette expertise ne remplit pas les exigences de la jurisprudence, car elle ne contient pas de déclarations convaincantes sur le lien éventuel avec un traumatisme de type « coup du lapin ».

Il n'en va pas différemment pour le rapport final du Dr J._____, car celui-ci ne se prononce pas expressément sur l'existence d'une distorsion cervicale et passe même sous silence les déclarations y relatives des Dresses C._____ et H._____.

dd) Selon la décision attaquée, le déroulement de l'accident ne permet pas d'admettre avec une vraisemblance prépondérante que le recourant ait été victime d'un mécanisme d'accélération-décélération ; rien dans les circonstances de l'accident ne viendrait conforter l'existence d'une telle atteinte et, hormis des cervicalgies, il n'y aurait aucune plainte venant attester un tableau typique.

Il ressort du rapport de l'inspecteur de la CNA du 23 janvier 2014 que la voiture du recourant a glissé sur du verglas, a heurté la glissière sur la gauche de la route et a été renvoyée sur la droite pour terminer sa course dans un champ. La glissière a été endommagée. Lors du mécanisme d'accident, le recourant était passablement crispé sur son volant pour éviter des blessures. Il n'a rien tapé avec son corps. Ce rapport ne fait pas état de l'ouverture de l'airbag, mais le rapport final du Dr J._____ déclare que l'airbag s'était ouvert.

Même si la vitesse s'élevait à environ 50 km/h, le choc contre la glissière à gauche puis le freinage de la voiture dans le champ ont été

susceptibles de produire un effet d'accélération-décélération au niveau de la tête même si celle-ci n'a rien heurté. En tout cas, c'est à tort que la décision attaquée a nié sans une analyse médicale ou technique substantielle que le déroulement de l'accident du 21 janvier 2013 ait pu causer un effet de coup du lapin.

ee) On peut néanmoins laisser ouverte la question de savoir si les cervicalgies dont le recourant souffre suffisent pour que le lien de causalité naturelle entre un éventuel traumatisme de type « coup du lapin » et l'incapacité de gain soient reconnus. En effet, le lien de causalité adéquate doit de toute façon être nié.

c) Selon le rapport de la Dresse H. _____ du 18 février 2015, le recourant souffrait d'un trouble dépressif sévère dans le contexte de la douleur chronique mais aussi d'un conflit conjugal dont l'issue juridique était complexe. Etant rappelé que l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre, s'appuyant de lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3), non seulement la Dresse H. _____ n'a pas la spécialisation requise, mais encore le Dr V. _____, qui suivait le recourant sur le plan psychique, avait diagnostiqué uniquement un état anxieux et un léger trouble dépressif récurrent, avait estimé déjà le 24 août 2014 qu'il n'y avait plus de symptômes anxieux ni de dépresses et indiqué que la thérapie avait pris fin. Le recourant n'a pas avancé d'éléments indiquant qu'il aurait repris un traitement psychiatrique. On peut donc admettre qu'en dépit du rapport de la Dresse H. _____, le recourant ne souffrait plus d'atteinte psychique lors de la décision attaquée. A titre subsidiaire, on peut relever qu'au cas où le recourant souffrait à nouveau d'un trouble dépressif lors de la décision attaquée, le lien de causalité adéquate devrait être nié, pour les motifs qui suivent.

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate

si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a, et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a).

En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; TF 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 avec référence). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et ATF 115 V 403 consid. 5c/aa p. 409).

b) En l'espèce, si les cervicalgies sont dans une relation de causalité naturelle avec un traumatisme de type « coup du lapin », elles doivent être considérées comme n'étant pas reléguées au second plan par une atteinte psychique. Certes, la Dresse H._____ a invoqué dans son rapport du 18 février 2015 un trouble dépressif sévère, mais le recourant a été traité par le Dr V._____ depuis le 26 septembre 2012, donc avant l'accident du 21 janvier 2013, pour un état anxieux et un léger trouble dépressif récurrent en relation avec un conflit conjugal. La thérapie psychiatrique avait pris fin le 8 août 2014. Ces troubles psychiatriques, dont seul le trouble anxieux avait été diagnostiqué lors du séjour à la clinique D._____ du 9 octobre au 5 novembre 2013, n'ont pas relégué au

second plan les cervicalgies immédiatement ou peu après l'accident. La causalité adéquate doit donc être examinée en appliquant par analogie les critères suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10.2).

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type « coup du lapin », il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a ; RAMA 1999 U 341 p. 408 s. consid. 3b).

aa) Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (ATF 115 V 133 consid. 6 ; TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3).

La jurisprudence a régulièrement qualifié des collisions frontales comme étant de gravité moyenne au maximum à la moitié de cette catégorie (TF arrêt 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.1

non publié de l'ATF 141 V 1 avec les références citées). Elle a considéré comme étant de gravité moyenne à la limite des accidents graves une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (TFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98 ; cf. la jurisprudence genevoise ATAS/152/2006 du 16 février 2006). En revanche, une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée en règle générale comme un accident de gravité moyenne, à la limite du cas bénin (TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5, in RAMA 2005 n° U 549 p. 236 ; TF 8C_633/2007 du 7 mai 2008 consid. 6.2 in fine et 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1).

En l'espèce, la voiture du recourant a glissé sur du verglas, heurté la glissière à gauche de la route avant de retraverser la route et de sortir dans un champ sur le côté droit. Le seul choc subi semble avoir été la collision contre la glissière gauche. Le cas s'apparente ainsi plutôt à une collision avec un véhicule à l'arrêt. L'accident du 21 janvier 2013 doit donc être considéré comme étant tout au plus de gravité moyenne à limite des cas bénins. Il en découle que les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.3).

bb) Glisser sur du verglas, heurter une glissière et terminer sa course dans un champ sans entrer en collision avec un arbre ou un bâtiment ne constitue pas des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, ni ne donne un caractère particulièrement impressionnant à l'accident. La rupture transfixiante du tendon supra-épineux droit n'est pas une lésion d'une gravité ou d'une nature particulière ; aucune autre lésion objective consécutive à l'accident n'a été constatée. Le recourant n'a pas subi non plus l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, des infiltrations cervicales ou sous-acromiales ne constituant pas un tel traitement. Il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable

des séquelles de l'accident. Si le recourant a été durablement déclaré en incapacité totale de travail dans son domaine d'activité, il n'a pas fait montre d'efforts reconnaissables pour retrouver un travail compatible avec ses limitations fonctionnelles.

L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 p. 128). En l'occurrence, il ne ressort pas du dossier que le recourant aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs. Si le recourant a déclaré lors de l'entretien avec l'inspecteur de la CNA le 23 janvier 2014 avoir toujours mal dans l'arrondi de la nuque jusque sur l'arrondi de l'épaule droite dès qu'il bouge le bras ou qu'il dort dessus, il n'a pas fait valoir une gêne importante et permanente dans ses activités quotidiennes. Le critère n'est donc pas rempli malgré l'existence de douleurs.

Selon la jurisprudence, les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ne doivent pas être réalisées cumulativement. La simple durée du traitement médical et des douleurs ne suffit pas. Il faut des facteurs particuliers qui ont fait obstacle au processus de guérison (TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.6 avec références). En l'espèce, l'existence de troubles dégénératifs cervicaux, en particulier la présence d'un canal cervical étroit, a pu constituer une difficulté au processus de guérison dans la mesure où ces troubles contribuaient aux cervicalgies (cf. dans ce sens le rapport de la Dresse C. _____ du 8 juillet 2013).

Même si l'on admettait que le critère des difficultés apparues en cours de guérison soit rempli, cela ne suffirait clairement pas pour admettre le lien de causalité adéquate dans l'hypothèse de la présence d'un traumatisme de type « coup du lapin ».

5. Il découle de ce qui précède que les cervicalgies et leurs conséquences ne devaient pas être prises en considération à titre de

séquelles de l'accident du 21 janvier 2013 lors de la clôture du cas, soit parce que le statu quo sine était atteint à cette date, soit parce que le lien de causalité naturelle n'était pas rempli, soit encore parce que le lien de causalité adéquate faisait défaut. Seules les conséquences de la lésion de l'épaule droite étaient dans un rapport de causalité avec cet accident.

6. Il convient ensuite d'examiner si le recourant a droit à une rente.

a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, 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. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 LPGA). 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).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut

raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

c) Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence).

En l'espèce, la décision a fixé le revenu de valide à 46'080 fr. pour l'année 2014 sur la base du salaire présumé pour 2014 que le dernier employeur du recourant a communiqué. Le recourant ne conteste pas ce montant.

d) Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé 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). Ces conditions ont été respectées en l'espèce.

e) Il est incontesté que l'ancienne activité de majordome ne respecte pas les limitations fonctionnelles reconnues au recourant. Le litige porte dès lors sur la question de la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), donc sur l'aptitude du recourant à travailler dans une activité adaptée.

aa) Pour pouvoir déterminer la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG,

lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 4.1; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

bb) Le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle en faisant valoir une impotence fonctionnelle du bras droit. Celle-ci a d'abord été affirmée par le Dr Q._____ le 3 juillet 2013, mais elle n'a été confirmée ni par le rapport de la clinique D._____ du 25 novembre 2013 ni par celui du Dr J._____ le 18 juin 2014. L'impotence fonctionnelle du bras a ensuite été attestée par la Dresse C._____ dans un rapport du 29 janvier 2014 et par la Dresse H._____ dans son rapport du 18 février 2015. La Dresse H._____ relevait que la scapulalgie était très présente, tant la nuit que le jour, avec une sensation de perte progressive de la force distale ; objectivement, il y avait une diminution globale de la force, une douleur à la palpation de tous les muscles péri-articulaires de l'épaule droite ainsi qu'une palpation très sensible de l'épicondyle droit et de la musculature de l'avant-bras.

Les déclarations des Dresses C._____ et H._____ rendent vraisemblables que les douleurs au bras droit ont augmenté depuis l'examen par le Dr J._____, puisque celui-ci relevait que l'assuré se plaignait peu de son épaule droite malgré des douleurs à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire et du sillon delto-pectoral. Une telle augmentation des douleurs et des restrictions fonctionnelles en découlant ne serait toutefois déterminante pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle que si elle était dans une relation de causalité avec l'accident du 21 janvier 2013. Cependant, comme relevé supra, seule la lésion de l'épaule droite (rupture transfixiante du tendon du supra-scapulaire) est dans un rapport de causalité avec l'accident, à l'exclusion des cervicalgies. Or, les rapports des Dresses C._____ et H._____ ne rendent pas vraisemblables un lien de causalité entre la lésion du tendon du supra-

scapulaire de l'épaule droite et l'augmentation des limitations fonctionnelles : si la Dresse H._____ affirme que l'impotence fonctionnelle du bras droit a été entraînée par l'accident, elle relève que le diagnostic est difficile parce qu'il y a une intrication de plusieurs phénomènes issus de la colonne cervicale et de l'épaule. Eu égard à la mise en évidence par IRM cervical du 24 octobre 2014 que le rétrécissement canalaire en C3-C4 et C4-C5 a augmenté par rapport à l'examen comparatif de juin 2013, il faut admettre que l'accroissement des atteintes dégénératives est, avec une vraisemblance prépondérante, la cause de l'évolution relevée par les Dresses C._____ et H._____. En conclusion, point n'est besoin de trancher si le recourant souffre véritablement d'une impotence fonctionnelle du bras droit postérieurement à l'examen par le médecin conseil de la CNA, le Dr J._____ ; même si tel était le cas, cela ne remettrait pas en cause l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant qu'a faite le Dr J._____ puisque l'accroissement des limitations fonctionnelles ne serait pas la conséquence de la seule lésion dans un lien de causalité avec l'accident du 21 janvier 2013.

Il n'en va pas différemment pour l'évaluation de la Dresse H._____, selon laquelle la capacité « même théorique » de travail du recourant serait nulle « dans toute activité qui solliciterait les membres supérieurs ou qui générerait un stress auditif ou psychique ». Cette évaluation ne différencie pas entre les atteintes qui sont dans un lien de causalité avec l'accident du 21 janvier 2013 et les autres. Les limitations fonctionnelles du bras gauche sont dépourvues de lien de causalité avec cet accident. De même, les limitations relatives au stress auditif sont très vraisemblablement la conséquence de la maladie de Ménière dont le recourant souffre et qui est antérieure à l'accident du 21 janvier 2013. Quant aux limitations psychiques, si tant est qu'elles existent (cf. supra consid. 3c), elles ne seraient pas déterminantes puisque les atteintes psychiques ne seraient pas dans un lien de causalité adéquate avec l'accident (cf. supra consid. 4).

Comme le recourant n'a pas avancé d'éléments laissant supposer que les limitations fonctionnelles déterminées par le Dr J. _____ ne seraient pas compatibles avec les conséquences de la seule lésion du tendon du supra-scapulaire de l'épaule droite, c'est à juste titre que la décision attaquée a évalué la capacité de travail résiduelle au regard de ces limitations fonctionnelles : pas de mouvement et d'effort répété bras droit décollé du tronc correspondant au port de charges de plus de 4 kg, pas de mouvement répétitif de rotation interne ou externe de l'épaule droite contre résistance de plus de 2 kg et pas de mouvement du bras droit au-dessus du niveau des épaules, pas de port fréquent de charges de plus de 10 kg bras droit accolé au tronc.

cc) A lecture de leur descriptif, il s'avère que l'ensemble des DPT sélectionnées pour fixer le revenu d'invalidé respectent les limitations fonctionnelles déterminantes. C'est donc à juste titre que la décision attaquée a fixé le revenu d'invalidé à 53'190 fr., conformément au revenu moyen des cinq DPT retenues.

dd) Le revenu d'invalidé étant ainsi supérieur au revenu de valide, le taux d'invalidité est nul, de sorte que le recourant n'a pas droit à une rente de l'assurance-accident. Le grief du recourant est dès lors infondé.

7. Le recourant conteste également implicitement le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui a été fixé par la décision attaquée à 15 %.

a) Selon 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 (al. 1). L'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 (art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20

décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

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, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais 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 p. 230 et les références). 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. 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 p. 230 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b p. 221 ; 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 (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; TF 8C_459/2008 consid. 2.3). 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).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b p. 32 ; ATF 124 V 209 consid. 4a/bb p. 210 ; ATF 113 V 218 consid. 2a p. 219) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. 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 ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles 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 p. 211 ; ATF 116 V 156 consid. 3a p. 157 ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a).

b) L'annexe 3 de l'OLAA prévoit une IPAI de 50 % pour la perte d'un membre supérieur. La table 1 (révision 2000) de la CNA étend ce taux de 50 % à la perte fonctionnelle d'un membre supérieur. Cette même table 1 prévoit un taux de 15 % pour la diminution de la mobilité de l'épaule jusqu'à l'horizontale.

c) Le recourant s'est borné à se référer dans son recours à son opposition dans laquelle il faisait valoir que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était trop basse compte tenu des diagnostics posés et des douleurs présentées. Or, seule la lésion du tendon du supra-scapulaire de l'épaule droite est dans un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 21 janvier 2013. Les rapports médicaux figurant au dossier

ne mettent pas en question l'appréciation du Dr J._____ selon laquelle la lésion du tendon du supra-scapulaire de l'épaule droite a pour conséquence d'exclure tout mouvement du bras droit au-dessus du niveau des épaules. Les autres atteintes fonctionnelles relevées par les médecins traitant du recourant postérieurement à l'examen du Dr J._____ ne sont en effet pas la conséquence d'une lésion dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 21 janvier 2013 (cf. supra consid. 5 et 6e/bb).

d) Le taux d'atteinte à l'intégrité fixé à 15% est dès lors correct, de sorte que le grief du recourant est infondé.

8. Vu ce qui précède, la cause a été suffisamment instruite d'un point de vue médical. La demande d'expertise médicale doit dès lors être rejetée. En effet, le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGA) ou plus généralement une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2 p. 210 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293 ; ATF 134 I 140 consid. 5.2 p. 147 s.; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429).

9. Le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

La partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition du 23 avril 2015 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour le recourant),
- Me Olivier Derivaz (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

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 :