

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 août 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu et M. Métral, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant,

et

T._____, à Lucerne, intimée.

Art. 6, 7, 8 LPGA, 6, 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, inscrit au chômage depuis le 1^{er} décembre 2013 était assuré à ce titre contre les accidents non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). Jusqu'au 30 novembre 2013, il travaillait comme employé de garage auprès du Garage [...] à [...].

Le 23 décembre 2013, il est tombé dans des escaliers sur son épaule droite et a déclaré avoir subi un « écrasement » (cf. déclaration de sinistre du 8 janvier 2014). Le 24 décembre 2013, il a consulté la Dresse R._____, spécialiste en médecine interne générale, au Centre médical M._____, qui a attesté une incapacité de travail de 100% jusqu'au 1^{er} janvier 2014 (certificat médical du 24 décembre 2013), laquelle s'est prolongée jusqu'au 2 février 2014 (certificat médical du 8 janvier 2014) puis jusqu'au 2 mars 2014 (certificat médical du 30 janvier 2014). La CNA a alloué à l'assuré des indemnités journalières et a pris en charge les frais médicaux (cf. courrier du 10 janvier 2014 de la CNA à la Caisse cantonale de chômage [ci-après : la CCh]).

Le 6 mai 2014, alors qu'il se trouvait en stage à la Fondation [...], « lors du chargement d'une fourgonnette, alors qu'il marchait sur une plaque de quai de déchargement, celle-ci s'est dérobée sous ses pieds et il est tombé d'environ 1.20 m plus bas ». Il s'est blessé à la jambe gauche (cf. déclaration de sinistre du 8 mai 2016). La CNA a de nouveau alloué des prestations pour les suites du cas (indemnités journalières et soins médicaux ; voir courrier du 13 mai 2014 de la CNA à la CCh). La Dresse R._____ a attesté une incapacité de travail du 6 mai au 1^{er} juin 2014. Une radiographie de la jambe gauche du 7 mai 2014, dont l'indication était « choc avec barre de fer sur le tiers distal du membre inférieur gauche », n'a pas révélé d'anomalie. Dans un rapport médical du 27 juin 2014, la Dresse R._____ a diagnostiqué une plaie sur le tiers distal du membre inférieur gauche, sur la face antérieure, qui était guérie, ainsi que des

entorses à la cheville gauche et à l'épaule droite. Il n'y avait pas de fracture. Elle a prescrit le port d'une attelle pour la cheville gauche, des anti-inflammatoires et de la physiothérapie et a attesté une incapacité de travail complète jusqu'au 3 août 2014, avec toutefois un bon pronostic.

Par certificat médical du 25 août 2014, la Dresse R. _____ a attesté la poursuite de l'incapacité de travail jusqu'au 9 septembre 2014.

Lors d'un entretien téléphonique du 27 août 2014 avec l'assuré, celui-ci a indiqué à la CNA qu'il avait toujours des douleurs au niveau de sa jambe gauche et qu'il allait devoir passer une IRM. La CNA lui a demandé de compléter une déclaration de rechute, « compte tenu de la clôture du cas par son médecin au mois de juin et afin d'être sûr qu'il s'agit bien de la suite de l'accident ».

Lors d'un nouvel entretien téléphonique du 11 septembre 2014, l'assuré a expliqué que la rechute concernait finalement le cas de 2013 avec des lésions à l'épaule droite, et qu'il n'avait plus de problème à la jambe gauche. Il se plaignait en revanche de douleurs à l'épaule droite.

Sur demande de la CNA, la Dresse R. _____ a envoyé à la CNA le 11 septembre 2014 un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré du 9 septembre 2014, dont il ressort ce qui suit :

« **Conclusion**

Très importante arthrose acromio-claviculaire hypertrophique avec un œdème marqué du versant claviculaire de l'articulation posant le diagnostic différentiel d'une activation de l'arthrose, une fracture non déplacée à la partie distale de la clavicule ne peut être formellement exclue. Déchirure bursale étendue du tendon SSP [sus-épineux], pas de déchirure transfixiante. Bursite sous acromio deltoïdienne. Tendinopathie d'insertion du SSC [sous-scapulaire] ».

Par certificat médical du 12 septembre 2014, la Dresse R. _____ a attesté la poursuite de l'incapacité de travail jusqu'au 6 octobre 2014, à réévaluer.

Le 15 septembre 2014, un traitement physiothérapeutique de 9 séances a été prescrit à l'assuré par la Dresse Q._____, spécialiste en rhumatologie, auprès du Centre médical [...] (Groupe [...]).

Dans un rapport médical du 17 septembre 2014 à la CNA, la Dresse R._____ a diagnostiqué une entorse de l'épaule droite à répétition (23.12.2013, 6.5.2014 et 25.08.2014), en indiquant une récurrence des douleurs à la suite du dernier accident. Le pronostic était bon avec de la physiothérapie, les accidents antérieurs pouvant toutefois influencer de manière défavorable le processus de guérison. Le même jour, la Dresse R._____ a complété un formulaire CNA indiquant une rechute, le 25 août 2014, de l'évènement du 23 décembre 2013, l'assuré présentant à nouveau des douleurs à l'épaule droite, suite à sa chute dans les escaliers.

La Dresse R._____ a également produit un rapport du 15 septembre 2014 que lui avait adressé la Dresse Q._____, en ces termes :

« Je vous remercie de m'avoir adressé Monsieur K._____, (...) que j'ai examiné le 15 septembre 2014 pour ces douleurs de l'épaule droite.

Ce patient de 37 ans d'un naturel inquiet, a travaillé dans le nettoyage de véhicules pendant une année. Il est au chômage depuis 10/13.

Il a fait une chute dans les escaliers en abduction forcée en décembre (accident 24/12/13). Lorsque le Dr [...] l'avait vu en février, il n'avait pas retrouvé de lésion de coiffe à l'échographie et avait conclu à un accrochage douloureux simple.

Il a eu un nouvel accident le 6/5/14 lors d'une mission chômage responsable d'une plaie sur la jambe droite en tombant, sa main est restée coincée dans le trans-palette et il a eu un « étirement » thoracique et de l'épaule droite.

Enfin, il fait une nouvelle chute dans l'escalier le 24/08 qui a réactivé sa douleur d'épaule droite.

Les 9 séances de physiothérapie faites récemment sont inefficaces sur la douleur.

L'IRM du 9/09 objective une arthrose acromio-claviculaire hypertrophique avec œdème du versant claviculaire.

Il a mal quand il conduit, quand il porte du poids, parfois la nuit.

Examen rhumatologique : accrochage douloureux à 90°, pas de limitation articulaire, tests de coiffe tenus, petite limitation douloureuse pour mettre la main dans le dos.

Pas de tuméfaction acromio-claviculaire ni de douleur précise à ce niveau.

Petite douleur sur le sus-épineux.

Diagnostic : accrochage douloureux sous-acromial favorisé par une arthrose acromio-claviculaire responsable d'une petite fissure du sus-épineux non chirurgicale sans bursite majeure ni épanchement acromio-claviculaire à l'IRM.

Attitude :

Il ne veut pas de piqûre donc pas d'infiltration d'autant qu'il n'a pas de douleur sur l'acromio-claviculaire remaniée et pas de bursite importante à l'IRM. Ce remaniement est probablement arthrosique bien que je n'ai pas vu les clichés d'IRM et je ne ferais rien de plus pour cette image. Si vous avez le CD, pourriez-vous me le faire passer pour que je visualise les images sur la clavicule mais elles ne me paraissent pas justifier d'autres investigations a priori.

On essaye de reprendre la physiothérapie en piscine.

Je le rassure sur l'absence de gravité et sur le fait qu'il devrait récupérer ».

Il ressort ce qui suit d'un rapport d'entretien téléphonique entre la CNA et l'assuré du 24 septembre 2014 :

« Monsieur K. _____ nous demande si nous avons bien reçu les rapports médicaux de M. _____. Nous l'informons que oui. Sur cette base-là, nous tentons vainement de lui expliquer que la situation médicale est désormais claire mais que ce n'est pas le cas de la situation administrative.

En effet, lors de son entretien téléphonique avec Mme [...] du 11.9.2014 (...), Monsieur K. _____ lui a fait savoir que ses troubles de l'épaule droite ne concernent pas l'accident du 6.5.2014. Nous lui avons donc demandé de bien vouloir nous faire parvenir une déclaration de rechute pour l'accident du 23.12.2013.

Entre le 11.9.2014, date de l'entretien téléphonique avec Mme [...] et le 24.9.2014, Monsieur K. _____ est passé à deux reprises à l'agence et a téléphoné pratiquement tous les jours afin de savoir si nous avons accepté son cas. Nous étions dans l'attente des rapports médicaux de M. _____. Monsieur K. _____ est donc passé récupérer ses éléments médicaux et nous les a fait parvenir. Cependant, lors de ses passages à l'agence et lors de nos entretiens téléphoniques, il nous a systématiquement demandé la raison pour laquelle nous avons besoin des éléments médicaux suite à son accident de 2013 car ses troubles de l'épaule ne concerneraient pas son accident de 2013.

A réception desdits rapports, nous apprenons que l'assuré aurait chuté dans les escaliers le 25.8.2014 et qu'il s'agirait donc d'un nouvel accident qu'il n'a pas déclaré.

Au vu de ce qui précède, nous expliquons à l'assuré que nous ne pouvons pas prendre en charge ses troubles sans avoir éclairci la situation. Nous lui faisons donc savoir qu'un collaborateur de notre service extérieur prendra contact avec lui prochainement et qu'à réception de son rapport, nous soumettrons son dossier à notre service médical. Ne pouvant payer les indemnités journalières, nous lui conseillons de s'adresser au service social. Monsieur K. _____ n'est pas satisfait de cette réponse et répète qu'il a une déchirure de

l'épaule droite et qu'il s'agit d'un accident. Essayant vainement de lui expliquer la situation, Monsieur K. _____ boucle le téléphone. Nous n'arrivons pas à le joindre.

Monsieur K. _____ nous rappelle et nous informe qu'il va passer cet après-midi à l'agence et qu'il veut une réponse claire. Si un responsable pouvait également descendre avec le gestionnaire de son cas, cela serait bien ».

Le jour même, l'assuré s'est donc rendu à la CNA pour un entretien. Il a déclaré à cette occasion que lors de sa chute du 6 mai 2014 lors de laquelle il s'était blessé à la jambe droite, il s'était retenu avec le bras et avait immédiatement ressenti des douleurs à l'épaule droite. Il a également confirmé le nouvel accident du 24 août 2014, durant lequel il était tombé dans les escaliers et avait de nouveau été touché à l'épaule.

Sur demande de la CNA, la Dresse R. _____ a complété, le 24 septembre 2014, un rapport médical initial pour la consultation de décembre 2013 à M. _____, à la suite du premier évènement accidentel du 23 décembre 2013, qu'elle a complété le 23 septembre 2014. Elle a indiqué que l'assuré avait chuté dans les escaliers le 23 décembre 2013, les premiers soins ayant été donnés le 24 décembre 2013. La Dresse R. _____ a diagnostiqué une entorse à l'épaule droite et indiqué que le traitement s'était terminé le 5 mars 2014. Elle a également transmis un rapport médical du 7 février 2014 du Dr V. _____, spécialiste en rhumatologie, qui a posé le diagnostic d'« entorse avec conflit sous-acromial de l'épaule droite » et de « tensions cervico-scapulaires chez un patient inquiet ». Il avait en outre effectué une échographie de l'épaule dont les résultats étaient les suivants :

« **Long chef du biceps** : situé dans sa coulisse, sans interruption de la continuité ni épanchement péri-tendineux. Pas de subluxation dans les mouvements de rotation de l'épaule.

Sous-scapulaire : s'insère et se déroule normalement.

Sus-épineux : régulier sans interruption de la continuité.

Coiffe : régulière sans interruption de la continuité.

Sous-épineux : s'insère et se déroule normalement. Pas d'épanchement articulaire postérieur.

Os huméral : pas de lésion, proéminence du tuberculum minor.

Bourse sous-acromio-deltoïdienne : régulière, sans épanchement ».

Le Dr V. _____ a encore écrit ce qui suit : « Attitude : rassurer [l'assuré] sur l'absence de critère de gravité. Poursuivre une physiothérapie de mobilisation, recentrage de la tête humérale et tonification des abaisseurs, exercices d'étirements des muscles cervico-scapulaires ».

Enfin, la Dresse R. _____ a transmis un rapport de radiographies de l'épaule droite du 24 décembre 2013, dont il ressort qu'il n'y avait « pas d'anomalie osseuse ni de signes indirects ni de lésion de la coiffe ».

L'assuré a été entendu à son domicile par un inspecteur de la CNA le 30 septembre 2014 et a déclaré notamment ce qui suit :

« J'ai été rendu attentif aux dispositions de l'article 113 LAA. Je sais que les renseignements inexacts sont punissables. De même est poursuivi en justice celui qui, de façon frauduleuse et intentionnelle, obtient ou cherche à obtenir des prestations non dues ou aide à les obtenir. Je sais en outre que les prestations peuvent être refusées dans leur totalité à un assuré en cas de fausses déclarations intentionnelles.

Je ne me souviens absolument pas d'avoir déjà connu des problèmes au niveau de mon épaule droite avant le 23.12.2013. Mais maintenant que vous m'en parlez, je me souviens effectivement d'un accident survenu en 2006 pour lequel j'avais été entendu par l'un de vos collègues. Mais il me semble que j'avais surtout été blessé au niveau du bas de mon dos. Par rapport à mon accident de football du 19.5.2011, c'est uniquement le poignet droit qui avait été touché. Pas du tout au niveau de l'épaule droite. Maintenant que vous m'en parlez, je me souviens aussi d'une glissade en sortant de ma voiture le 19.12.2011 mais plus vraiment de ce qui s'était passé ensuite. Le problème avec moi c'est que je suis assez impulsif et que je fais les choses très vite. D'où mes nombreuses chutes ou accidents.

Pour ce qui est spécifiquement de cette épaule droite, il est vrai que depuis ces dernières années il m'est arrivé parfois de ressentir des douleurs, mais je les mettais en relation avec mon travail qui a toujours été très physique. Mais cela n'a jamais nécessité d'investigations ou de prises en charge médicales spécifiques.

Pour ce qui est de mon état de santé en général, j'estime que je vais bien si ce n'est que de ne pas retrouver d'emploi me rend mal à l'aise. Mon médecin de famille est la Dresse R. _____ depuis plusieurs années. Je ne suis aucun autre traitement médical que celui en relation avec mon épaule droite.

(...)

Etat de fait du 23.12.2013 : Les faits sont bien survenus dans la soirée du lundi 23.12.2013 vu que j'ai consulté le jour suivant. J'étais seul

pour descendre les escaliers de mon domicile et aller boire un café à l'extérieur lorsque j'ai glissé sur une marche. Comme je tenais la main-courante avec ma main droite, je me suis retrouvé avec cette main au-dessus et derrière ma tête et couché sur le dos dans les escaliers. A ce moment-là j'ai clairement entendu comme un claquement.

Cours de la guérison : J'ai tout de suite eu mal dans cette épaule droite. Je suis alors rentré chez moi et me suis frictionné aussi bien cette articulation que le bas de mon dos avant finalement de me rendre à M. _____ le lendemain. La Dresse R. _____ m'a rassuré en me disant qu'elle n'avait rien vu de grave sur les radiographies. Elle m'a alors prescrit des séances de physio ce qui a permis de retrouver l'état de mon épaule droite tel qu'il l'était avant cet accident du 23.12.2013 et probablement depuis mon accident de 2006 soit avec des douleurs occasionnelles.

Symptômes de pont : Il en a été ainsi jusqu'au 6.5.2014. Alors que je ne retrouvais toujours pas de travail, mon conseiller m'a proposé un stage de 3 mois comme magasinier chez [...]. J'ai commencé le jeudi 1.5.2014.

Etat de faits du 06.05.2014 : Ce jour-là, vers 11h20, alors que je venais de terminer le déchargement de ma camionnette lorsque, en passant sur la plaque de transbordement, celle-ci est tombée entre mon camion et le quai. Je tenais alors toujours mon transpalette dans ma main droite. Je suis tombé d'une hauteur d'1m20 avec mon bras droit qui s'est subitement retrouvé étiré en hauteur par la charge de mon transpalette. Tout de suite après, j'ai reçu la plaque de transbordement sur la face externe de ma jambe gauche. Sous l'effet de la douleur dans ma jambe gauche et des bouffées de chaleur dans tout le haut de mon corps, je me suis finalement effondré sur le sol.

Cours de la guérison : C'est dans cet état que j'ai directement été conduit à M. _____ par un collègue de [...]. J'ai dû avoir ensuite la cheville immobilisée et suivre un traitement de physio aussi bien pour cette cheville gauche que pour mon épaule droite. Je ne me souviens plus exactement, mais mon traitement s'est terminé avant que je ne parte 15 jours en vacances entre le 4 et le 15.8.2014 en [...]. Mais il vous faudrait vérifier la facture de mon physio car il me semble qu'il me restait encore une ou deux séances de physio.

Symptômes de pont : A ce moment-là, j'avais presque retrouvé l'état de mon épaule droite tel qu'il était avant mon accident de 2013. Avec une petite différence c'est que, depuis cette chute du 6.5.14, il m'arrive aussi de ressentir des douleurs dans cette épaule lorsque je dors sur le côté droit. Tout va bien par contre au niveau de mon pied gauche. Je n'ai pas retrouvé d'emploi jusqu'au 25.8.14.

Etat de faits du 25.8.2014 : Ce jour-là, dans la soirée, en descendant seul les escaliers de mon domicile, j'ai juste manqué la dernière marche. Mon pied droit a donc passé directement sur le palier. Je me tenais alors à la main courante avec ma main droite. Et, sans que je ne tombe, glisse ou ne heurte mon épaule contre le mur, j'ai subitement ressenti comme une petite décharge électrique dans mon épaule. A ce moment-là mon bras est à peine juste parti un peu par derrière mais sans aucun étirement.

Cours de la guérison : Je ne pensais pas que cela pouvait être grave et je suis d'ailleurs allé rejoindre mes amis au café voisin. En fait c'est durant la nuit suivante que j'ai vraiment commencé à ressentir plus de douleurs dans cette épaule si bien que je suis donc allé consulter

directement le Dr R. _____ qui m'a ensuite envoyé à la [...]. On m'y a proposé une infiltration mais j'ai refusé car cela me fait peur.

Je suis maintenant un traitement de physio à raison de 2 séances par semaine. Je ne vois pas vraiment de progrès. Je revois le Dr R. _____ le 6.10.14. Comme je suis un peu stressé et soucieux par tout ce qui se passe maintenant avec mon dossier, mon médecin m'a prescrit des médicaments pour me calmer et dormir.

Situation prof. : Voir mon CV annexé. Mon dernier emploi avant de me retrouver au chômage était une place d'employé de garage dans le groupe [...] durant les 3 derniers mois de 2012. Ensuite cette entreprise m'a rappelé et j'y ai travaillé durant environ 9 mois en 2013 dès le 11.2.2013. J'étais alors occupé au nettoyage, polissage et les grands nettoyages des voitures avant leur remise aux clients. Depuis lors je n'ai jamais retrouvé de travail et je n'ai touché que les indemnités de la caisse de chômage ou de la Suva. Je recherche du travail avant tout dans les domaines que je connais, soit les nettoyages. Mais je pense aussi me diriger vers les activités de concierge. (...) ».

Par certificat médical du 6 octobre 2014, La Dresse R. _____ a attesté la continuation de l'incapacité de travail de l'assuré du 6 octobre au 2 novembre 2014, puis jusqu'au 30 novembre 2014 (certificat médical du 10 novembre 2014).

Le 2 décembre 2014, une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré a été effectuée par le Dr [...], spécialiste en radiologie, qui a conclu à la présence d'une lésion de type SLAP II C de l'épaule droite, d'une déchirure partielle de la portion supérieure du tendon sous-scapulaire avec subluxation médiale du long chef du biceps, d'une déchirure non-transfixiante de la face bursale du tendon sus-épineux au niveau de sa zone critique avec discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne et d'une arthropathie acromio-claviculaire prononcée.

Dans un rapport du 9 décembre 2014 à la CNA, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a vu l'assuré pour le résultat de l'arthro-IRM. Il a diagnostiqué sur cette base une lésion type SLAP II C de l'épaule droite ainsi qu'une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec subluxation du long chef du biceps à l'épaule droite. Le médecin a expliqué avoir proposé à l'assuré de pratiquer une ténodèse du long chef du biceps et une

réparation de la partie haute du tendon sous-scapulaire par arthroscopie, mais que ce dernier était réfractaire à une prise en charge chirurgicale.

Par certificat médical du 1^{er} décembre 2014, la Dresse R. _____ a attesté la continuation de l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 4 janvier 2015, jusqu'au 1^{er} février 2015 (certificat du 5 janvier 2015), puis jusqu'au 1^{er} mars 2015 (certificat du 2 février 2015).

L'assuré a été examiné par le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, le 4 février 2015. Ce dernier a apprécié la situation de la manière suivante :

« (...)

Subjectivement, M. K. _____ déclare manquer de force au niveau de son MSD [membre supérieur droit]. Des douleurs irradient occasionnellement jusqu'à l'avant-bras D [droit]. Des réveils nocturnes sont mentionnés en cas de décubitus latéral D. L'antalgie est faite de la prise occasionnelle de paracétamol. Le traitement de physiothérapie s'est terminé en 2014, sans réel bénéfice.

Objectivement, l'épaule D ne montre pas d'amyotrophie. Sa mobilité est légèrement restreinte par rapport au côté sain. La force est globalement conservée.

Nous sommes à plus de 1 an de l'accident du 23.12.2013. On peut estimer que la situation est stabilisée.

L'assuré est bien entendu en droit de refuser la prise en charge chirurgicale proposée. En effet, la chirurgie proposée ne peut garantir un résultat positif pour cet assuré par ailleurs droitier.

On doit reconnaître des limitations à notre assuré en ce qui concerne le port de charges répété de plus de 20 kg et les travaux répétés au-dessus du niveau de l'horizontale.

Dans une activité respectant ces limitations, notre assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail dès le 09.02.2015.

Restent à la charge de la SUVA, le suivi médical pour au maximum 4 contrôles annuels ainsi que le traitement antalgique, ceci pour une longue durée.

En l'état actuel, les suites de l'accident du 23.12.2013 ne donnent droit à aucune IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] ».

Le 20 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Le 2 mars 2015, la Dresse R. _____ a attesté la poursuite de l'incapacité de travail jusqu'au 31 mars 2015. Le 16 mars 2015, elle a certifié que l'assuré était en incapacité de travail de 100% depuis le 25 août 2014 et qu'il ne devait pas porter de poids de plus de 5 kg, et ce de façon définitive.

Le 19 mars 2015, le Dr J. _____ a attesté que l'assuré pouvait reprendre le travail à 100% dès ce jour, dans une activité sans port de charges de plus de 5 kg, ni travaux au-dessus de l'horizontale, ce qu'il a répété dans un rapport médical du 23 mars 2015, rappelant les diagnostics posés dans son rapport du 9 décembre 2014.

Par courrier du 26 mars 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2015.

Par décision du 4 mai 2015, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 1.4% (revenu sans invalidité de 55'510 fr. et revenu d'invalidité : 54'730 fr.). Elle a aussi nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dès lors qu'il ne présentait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique, vu l'examen effectué le 4 février 2015 par le Dr F. _____.

Par courrier du 2 juin complété le 2 juillet 2015, l'assuré s'est opposé à la décision du 4 mai 2015. Il a fait valoir que vu les rapports médicaux de la Dresse R. _____ et du Dr J. _____, ce n'était pas une limite de port de charge de 20 kg, mais de 5 kg qui devait être prise en compte. Il estimait en outre que le revenu d'invalidité était surestimé compte tenu de ses problèmes d'épaule.

Par décision sur opposition du 9 juillet 2015, la CNA a confirmé sa décision du 4 mai, précisant que les Descriptions de poste de travail (ci-après : DPT) sélectionnées étaient adaptées au handicap de l'assuré, dès lors qu'elles n'impliquaient pas de porter de charge de plus de 5 kg.

B. Par acte du 6 août 2015, K._____ recourt contre la décision sur opposition du 9 juillet 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il est d'avis que l'opinion concordante de la Dresse R._____ et du Dr J._____ doit être suivie s'agissant de la limite de port de charge de 5 kg, qu'il a « une perte de capacité plus importante » ainsi qu'une atteinte importante à son intégrité physique.

Dans sa réponse du 9 septembre 2015, la CNA conclut au rejet du recours, rappelant que selon elle, les DPT choisies sont adaptées aux limitations fonctionnelles posées par la Dresse R._____ et le Dr J._____, et se référant à l'avis médical du Dr F._____ du 4 février 2015 concernant l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité.

Par réplique du 27 octobre 2015, le recourant reproche à la CNA de ne pas expliciter quel emploi il pourrait occuper, soulignant qu'il n'a pas de formation appropriée pour travailler dans un bureau et qu'il ne parle pas bien le français. Il estime en conséquence que la CNA « doit continuer de prêter, tant qu'[il] n'a pas trouvé d'emploi qui corresponde à [ses] limitations ». Il explique encore que dans le cadre de l'AI, il a effectué un stage de cinq semaines dans des écoles, durant lequel il n'a pas pu effectuer divers travaux trop lourds pour son état de santé (porter des tables, pousser des containers) et que le nettoyage de sols durant une longue période lui a causé beaucoup de douleurs à l'épaule. Le recourant produit en outre un avis médical du 15 octobre 2015 de la Dresse R._____, certifiant que l'intéressé présente des séquelles d'accident ne lui permettant pas d'effectuer des travaux sollicitant de manière importante l'épaule droite, ni de porter des poids de plus de 5 kg.

La CNA a maintenu sa position dans son courrier du 17 novembre 2015.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) aa) En vertu de l'art. 6 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident (cf. art. 4 LPGA) professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (al. 1).

bb) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

cc) En vertu de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

dd) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010

consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidité, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 176).

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), 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 elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type

de handicap de l'assuré, 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 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). De jurisprudence constante, dans le cadre de la méthode des DPT, aucune réduction liée à la situation personnelle et professionnelle (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/permis de séjour et taux d'occupation, qui permettent un taux d'abattement global de 25% au maximum sur le revenu statistique, cf. TF 8C_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.2) n'est possible, contrairement à ce qui est admis dans la méthode fondée sur l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 7.3, ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). En effet, dans le cadre de la méthode des DPT, les différents éléments précités doivent être pris en compte dans le cadre du choix du salaire de référence entre le revenu minimum et le revenu maximum mentionnés dans les DPT retenues (ATF 139 V 592 consid. 7.3, ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

ee) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

ff) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

b) En l'occurrence, l'assuré, au chômage depuis le 1^{er} décembre 2013, a subi un accident le 23 décembre 2013, lors duquel il s'est blessé à l'épaule droite et a entraîné une incapacité de travail jusqu'au 2 mars 2014. Le 6 mai 2014, alors qu'il se trouvait en stage à la Fondation [...], il a eu un nouvel accident qui a provoqué des entorses à la cheville gauche et à l'épaule droite. Enfin, le 24 août 2014, il a subi une nouvelle entorse à l'épaule droite en descendant des escaliers. A la suite de cet événement notamment, l'assuré a suivi un traitement de physiothérapie, qui s'est terminé en 2014. Se fondant sur les rapports médicaux du Dr F. _____ du 4 février 2015, de la Dresse R. _____ du 2 mars 2015 et du Dr J. _____ du 19 mars 2015, la CNA a considéré à juste titre, que l'état de santé était stabilisé au 31 mars 2015 et qu'il y avait lieu de statuer sur le droit à la rente d'invalidité, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas.

La CNA considère en outre qu'à compter du 1^{er} avril 2015, l'assuré a une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit une activité sans port de charges répété de plus de 20 kg, et sans travaux répétés avec les bras au-dessus de l'horizontale, vu le rapport du Dr

F._____ du 4 février 2015, médecin d'arrondissement de la CNA, que le recourant conteste. Ce dernier soutient en effet qu'il a une « perte de capacité plus importante » et qu'il ne peut pas porter plus de 5 kg, vu l'avis de ses médecins traitants, la Dresse R._____ et le Dr J._____.

Dans son rapport médical du 4 février 2015, le Dr F._____ a constaté que l'épaule droite de l'assuré ne montrait pas d'amyotrophie, que sa mobilité était légèrement restreinte par rapport au côté sain et que la force était conservée. Vu ces éléments, il a estimé que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées. Cette opinion est claire et dûment motivée. Elle repose sur une anamnèse détaillée, des examens complets, en particulier un examen clinique de l'assuré, et prend dûment en considération les indications subjectives de ce dernier. L'avis du Dr F._____ doit donc être suivi, d'autant plus qu'il est largement confirmé par l'avis du 19 mars 2015 du Dr J._____, lequel estime que l'assuré peut reprendre à 100% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La Dresse R._____ n'a quant à elle pas attesté d'incapacité de travail au-delà du 31 mars 2015. De plus, dans son certificat du 15 octobre 2015, cette dernière a évoqué des limitations fonctionnelles semblables à celles indiquées par le Dr F._____, si ce n'est la limite du port de charges, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. On relèvera enfin que tant le Dr V._____, dans son rapport médical du 2 février 2014 postérieur au premier évènement du 23 décembre 2013, que la Dresse Q._____, dans son rapport du 15 septembre 2014 faisant suite à l'évènement du 24 août 2014, ont relevé l'absence de gravité des lésions à l'épaule droite de l'assuré et la nécessité de le rassurer à ce propos.

En outre, il n'est pas nécessaire de trancher la question de savoir si la limite de port de charges est de 5 ou 20 kg, dès lors qu'aucune des DPT produites par l'intimée n'implique de porter des charges de plus de 5 kg. Pour le surplus, on constate que les DPT en question ne supposent pas non plus d'effectuer de manière répétée des travaux avec les bras au-dessus du niveau de l'horizontale, de sorte que celles-ci sont

adaptées au handicap du recourant. S'agissant du grief du recourant selon lequel il n'a pas de formation pour travailler dans un bureau, il est mal fondé, dès lors que tant la DPT d'agent commercial/téléphoniste auprès de la société [...] que celle de collaborateur de production/opérateur de saisie auprès des [...] n'impliquent pas un niveau de formation plus élevé qu'une formation élémentaire. Quant au fait que l'assuré ne parle pas bien le français, on relèvera que cette circonstance ne fait pas partie des éléments à prendre en compte pour évaluer l'invalidité (cf. supra consid. 3a/dd in fine). En effet, selon la jurisprudence, même s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires, qui à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité ou de l'incapacité de travail, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2 et les références citées).

On relèvera encore que la CNA a communiqué le nombre total de DPT entrant en considération d'après le type de handicap du recourant (à savoir 150), ainsi que le salaire minimal (42'000 fr.), le salaire maximal (71'150 fr.) et le salaire moyen du groupe de référence (54'549 fr.), de sorte que les conditions jurisprudentielles rappelées ci-dessus (supra consid. 3a/dd) ont été respectées. Au final, ni le revenu d'invalidé de 54'730 fr. fixé par la CNA sur la base des DPT, ni le taux d'invalidité (1.4%, vérifié d'office), ne prêtent le flanc à la critique. Le taux d'invalidité, inférieur à 10%, n'ouvre pas le droit à une rente (art. 18 al. 1 LAA).

En dernier lieu, il convient de constater que la détermination du revenu d'invalidé sur la base de l'ESS ne donnerait pas plus droit à une rente d'invalidité au recourant que le calcul fondé sur les DPT. En effet, dans le premier cas, compte tenu d'un salaire médian de 4'900 fr. par mois, soit 58'800 fr. par année pour des tâches physiques ou manuelles

simples (ESS 2014, tableau TA1_tirage_skill_level, Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe dans le secteur privé) et d'un horaire de travail hebdomadaire dans les entreprises de 41.7 heures en moyenne en 2014 (tableau T 03.02, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, OFSP [Office fédéral de la statistique]), le revenu annuel déterminant serait de 61'299 fr. (cf. TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 4.2). Un abattement de 10% sur ce revenu serait justifié compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré (cf. supra consid. 3a/dd), ce qui conduirait à un revenu d'invalidé de 55'169 fr. 10 et par conséquent à un taux d'invalidité de 0,6 % (soit : $[(55'510 \text{ fr.} - 55'169 \text{ fr.} 10)/55'510 \text{ fr.}] \times 100$).

4. Enfin, le recourant critique le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a) Selon l'art. 52 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues. Edicté sur la base de la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, l'art. 10 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée (al. 1). La jurisprudence a précisé que l'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi. Elle assure la participation de l'assuré au processus de décision. Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant de manière implicite ou explicite (ATF 119 V 347 consid. 1b ; TF 8C_337/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4). En effet dans le cas contraire, elle manque son but qui est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près. En d'autres termes, il doit être possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à sa décision. Il appartient à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa

contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise. Partant, la décision de l'assureur est partiellement en force, dans la mesure où elle n'est pas attaquée en procédure d'opposition sur certains points et ne fait pas l'objet d'un examen d'office (TFA U 27/04 du 15 mars 2005 consid. 3.2).

b) En l'occurrence, dans son opposition du 2 juin 2015, complétée le 2 juillet 2015, l'assuré a conclu à ce que la CNA réexamine son dossier et modifie sa décision du 4 mai 2015 « en prenant en compte les éléments susmentionnés ». Or les éléments en question ne concernent que des aspects du droit à la rente d'invalidité (limitations fonctionnelles et détermination du revenu d'invalidité), l'assuré n'ayant fait valoir aucun motif à l'encontre du refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Sa seule référence, dans l'opposition, à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité réside dans la phrase suivante : « je fais suite à votre décision du 4 mai 2015 par laquelle vous m'annonciez que je n'avais pas droit à une rente d'invalidité ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Je me suis opposé à cette décision par courrier du 2 juin 2015 et vous m'avez accordé un délai au 6 juillet 2015 pour compléter mon opposition ». Une telle mention ne saurait suffire pour admettre une volonté motivée de remettre en cause également le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, en l'absence de tout argument – même succinct – contestant ce refus. L'assuré n'a de plus produit aucun document médical mettant en doute l'appréciation du Dr F. _____ s'agissant de l'absence de droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, que ce soit au stade de l'opposition ou dans le cadre de la présente procédure de recours. Dans ces conditions, la décision de la CNA du 4 mai 2015 est entrée en force concernant le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, de sorte que cette question ne peut plus être examinée par la Cour de céans.

5. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

b) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

c) Le recourant, qui n'est pas assisté par un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 juillet 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- K. _____, à [...],
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 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 :