

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 décembre 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Me Muriel Vauthier, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 24 al. 1 et 25 LAA ; 36 al. 1 et 2 OLAA

E n f a i t :

A. Le 8 janvier 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : CASSO) a rendu un arrêt retenant notamment les faits suivants :

« **A. a)** N. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1959, a travaillé dès 1994 comme soudeur auprès de la serrurerie C. _____ SA, à [...]. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Dès septembre 2007, l'assuré a travaillé en parallèle en tant qu'employé de nettoyage pour la société R. _____ SA, succursale de [...], à raison de deux heures par jour.

Le 12 décembre 2008, l'assuré a été victime d'un accident ; il s'est blessé à l'épaule droite en glissant sur une plaque de glace. L'accident a été annoncé à la CNA en ces termes, par déclaration de sinistre LAA signée le 15 décembre 2008 par l'employeur C. _____ SA.

L'employeur R. _____ SA a également annoncé à la CNA l'accident du 12 décembre 2008. Dans la déclaration de sinistre LAA du 5 janvier 2009, il écrivait que l'assuré avait subi une contusion au bras droit en glissant et tombant dans un parking.

La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Le 12 janvier 2009, l'assuré s'est soumis à une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite. Le Dr T. _____, spécialiste en radiologie, a conclu son rapport en ces termes :

« Rupture avec rétraction du tendon du sus et du sous-épineux. Tendinopathie post-traumatique sans déchirure significative des tendons du sous-scapulaire et du petit rond. Ascension consécutive de la tête humérale avec une nette diminution de l'espace sous-acromial. Epanchement articulaire avec synovite réactionnelle. Quelques petites altérations géodiques kystiques sous-trochitériennes. »

Il ressort d'un rapport médical LAA adressé à la CNA le 15 janvier 2009 que l'assuré présentait des douleurs à la face antérieure de l'articulation de l'épaule droite, avec un blocage complet des mouvements, sans que des lésions osseuses ne soient visibles.

Dans un rapport du 11 février 2009, le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef de clinique au [...] (Département de [...]) du Centre hospitalier H. _____ (ci-après : Centre hospitalier H. _____), a posé le diagnostic de rupture irréparable de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (sus- et infra-épineux) avec tendinopathie du long-chef du biceps, en relation de causalité avec l'événement du 12 décembre 2008. Le spécialiste en chirurgie orthopédique proposait de la physiothérapie en guise de traitement (sic), soulignant qu'en l'absence d'amélioration, il devrait être procédé à une prise en

charge chirurgicale par transfert du grand-dorsal. L'incapacité de travail était totale dès la date de l'accident.

Dans un rapport du 2 avril 2009, le Dr V._____ a fait état d'une évolution stagnante, avec persistance de douleurs de l'épaule droite et apparition d'une raideur articulaire malgré les séances de physiothérapie.

b) [...]

Le 25 mai 2009, le Dr V._____ a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel les diagnostics de rupture irréparable de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (tendon sus-épineux et infra-épineux) avec tendinopathie du long-chef du biceps et de capsulite rétractile de l'épaule droite, existant depuis le 12 décembre 2008, étaient reconnus comme affectant la capacité de travail. Le pronostic était défavorable pour les travaux lourds, la mobilité de l'épaule au-dessus du buste et les mouvements répétitifs pour l'épaule droite.

Dans un rapport du 10 juin 2009, le Dr V._____ a mentionné une évolution lente mais favorable. L'assuré gardait toutefois des douleurs de l'épaule droite à l'effort, ainsi qu'une impotence fonctionnelle. L'incapacité de travail demeurait totale.

Le 13 juillet 2009, l'assuré a fait l'objet d'un examen par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel concluait à une situation s'améliorant lentement bien que l'assuré fût encore fortement gêné par les douleurs à la sollicitation mécanique et par un manque de force et de mobilité. Un séjour à la Clinique W._____ (ci-après : Clinique W._____) paraissait judicieux, dans le but d'améliorer la mobilité de l'articulation et d'évaluer d'ores et déjà les possibilités de réinsertion professionnelle.

L'assuré a séjourné à la Clinique W._____ du 22 juillet au 19 août 2009. Se référant aux bilans et investigations résultant du séjour de l'assuré, les Drs D._____, médecin associé, spécialiste en rhumatologie, et B._____, médecin assistant, ont établi leur rapport le 10 septembre 2009. Ils posaient notamment les diagnostics de rupture massive et non réparable de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (supra-épineux et infra-épineux) et de probable capsulite rétractile de l'épaule droite. Au terme de leur rapport, ils ont exposé ce qui suit :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

[...]

En conclusion :

M. N._____ présente une rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite chez un patient actif. La réparation classique est vouée à l'échec. Se pose l'indication à juste titre d'un transfert du grand dorsal. Vu l'âge de M. N._____, vu sa motivation, et l'importance de la lésion, il nous semble tout à fait raisonnable de lui proposer une telle intervention. Toutefois, le patient devrait retrouver une épaule souple avant un tel geste chirurgical. Un contrôle auprès du Prof. X._____ et de son équipe est prévu le 01.09.2009. Nous proposons à l'équipe du Centre hospitalier H._____ de discuter la pertinence, d'une infiltration de l'épaule droite à but antalgique. Entre temps, nous attestons une incapacité de travail totale au patient. Une éventuelle prise en

charge rééducative en post opératoire, peut être assuré au sein de notre clinique.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE SOUDEUR

- 100 % du 22.07.2009 au 01.09.2009 »

[...]

L'assuré a également été examiné par le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le 1^{er} décembre 2009, lequel a confirmé que la coiffe des rotateurs était très vraisemblablement irréparable. Il estimait qu'à ce stade, seul un transfert musculaire en particulier du grand dorsal pouvait être considéré. Selon le Dr F. _____, le patient devait dans tous les cas être informé qu'aucune opération n'était susceptible de lui redonner un confort, une mobilité ni une force suffisante lui permettant de retourner à son ancienne activité de soudeur.

Dans un rapport du 30 décembre 2009 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr V. _____ a fait état d'une situation stagnante avec persistance de douleurs de l'épaule droite et d'une impotence fonctionnelle. Il expliquait que l'assuré ne voulait pas d'une chirurgie lourde et proposait par conséquent une prise en charge arthroscopique uniquement à but palliatif par un débridement de la coiffe, ténotomie du long-chef du biceps.

[...]

Le Dr V. _____ s'est prononcé dans un nouveau rapport, daté du 3 mars 2010, adressé au médecin d'arrondissement de la CNA. Il y mentionnait un tableau clinique principalement dû à une capsulite rétractile, progressivement résolutive. Par conséquent, il proposait de poursuivre le traitement conservateur et de réévaluer la situation dans trois mois. Il précisait que toutes activités nécessitant une mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, des mouvements répétitifs pour l'épaule droite ou des efforts étaient contre-indiqués pour l'avenir ; l'assuré était dès lors dans l'incapacité totale d'exercer tout travail manuel lourd.

L'assuré a été examiné en mai 2010 par le Dr S. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a apprécié la situation comme suit :

« [...]

Pour ma part, je le reverrai à 2 ans de l'accident ou à l'issue des mesures professionnelles et je me prononcerai également sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. »

[...]

d) Le 14 janvier 2011, le Dr V. _____ a établi un nouveau rapport médical aux termes duquel l'évolution était stagnante, marquée par la persistance de douleurs et d'impotence fonctionnelle au niveau de l'épaule droite. Compte tenu de l'importance de la lésion, l'assuré était dans l'impossibilité de faire des travaux avec mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, des mouvements répétitifs ou des travaux nécessitant un port de charges de plus de 2-5 kg. Une amélioration de la situation n'était plus envisageable à plus de deux ans d'une évolution stagnante.

Le 24 janvier 2011, en réponse à une lettre du Dr S. _____, le Dr V. _____ a fait part de ses constatations à la suite du contrôle

du 20 janvier précédent. Une réparation de coiffe n'était selon lui pas envisageable, compte tenu de l'importance de la lésion et de l'atrophie musculaire notée sur l'IRM. Il rejoignait le médecin d'arrondissement quant à sa proposition d'organiser un nouveau séjour à la Clinique W._____. Il soulignait toutefois qu'à deux ans de l'accident, une amélioration de la situation lui semblait compromise. Un travail manuel avec mobilisation de cette épaule au-dessus du buste, des mouvements répétitifs ou le port de charges de plus de 2 kg n'était pas envisageable.

L'assuré a derechef séjourné à la Clinique W._____, du 12 avril au 11 mai 2011. Dans le rapport du 27 mai 2011, les Drs D._____ et K._____, médecin hospitalier, ont apprécié la situation comme suit :

« [...]

En résumé :

M. N._____ présente une rupture massive de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite. Il n'y a pas d'indication chirurgicale retenue. La situation médicale paraît actuellement stabilisée. Il n'y a pas d'amélioration observée au terme du séjour sur le plan des mobilités ou des douleurs à l'épaule droite. Sur le plan professionnel, l'incapacité de travail dans l'activité de soudeur est de 100 % pour une longue durée. Dans une activité adaptée, avec les limitations décrites ci-dessus, on peut considérer la capacité de travail comme complète.

Le prochain rendez-vous est prévu à la consultation du Dr V._____»

Le 5 août 2011, le Dr S._____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Son rapport, établi le même jour, se clôturait en ces termes :

« [...]

Actuellement, le patient dit que le séjour à [...] ne l'a pas aidé. Il avait plus de douleurs à la sortie qu'à l'entrée. Les douleurs sont permanentes, également nocturnes. Le patient ne peut pas se coucher sur l'épaule droite, ni sur le dos. Durant la journée, dès qu'il essaie de se servir de son bras, il a des douleurs.

À l'examen clinique, sans être exclu, chez un patient athlétique, le MSD reste manifestement sous-utilisé.

Objectivement, l'épaule droite est difficile à examiner. Le patient fait immédiatement valoir des douleurs importantes et il se défend avec énormément de force dès qu'on sollicite un peu son épaule. Les signes du conflit sont ininterprétables. La coiffe des rotateurs n'est pas testable. Passivement, en décubitus ventral, le bras pendant au bord du lit d'examen, on peut quand même vérifier une nouvelle fois que l'épaule est immobile au-delà de l'horizontale et qu'il y a au moins 20° à 30° de rotation externe. La mobilité active est misérable chez un patient qui ne fait qu'ébaucher les mouvements, seule la rotation interne est relativement conservée. La force du MSD est réduite pour tous les groupes musculaires examinés, contrastant avec une excellente trophicité musculaire.

La poursuite de la physiothérapie n'a aucun sens.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du dernier séjour à la Clinique W._____ et une pleine capacité de travail a été reconnue au patient dans une activité respectant ces limitations.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail n° 2870/5.f-2000, un taux de 10 % peut être retenu, la situation correspondant, du point de vue fonctionnel, à une omarthrose de gravité moyenne. »

Par courrier du 8 août 2011, la CNA a informé l'assuré qu'il serait mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2011, l'examen auquel il s'était soumis le 5 août 2011 ayant révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement.

[...]

Par décision du 17 novembre 2011, la CNA a accordé à l'assuré une rente fondée sur une diminution de la capacité de gain de 34%. Sur la base de ses investigations, notamment sur le plan médical, elle considérait qu'une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à hauteur d'établi et sans mouvements de bras en porte-à-faux ni au-dessus des épaules, sans port de charges supérieures à 10 kg, était exigible durant toute la journée et permettrait à l'assuré de réaliser un revenu de 4532 fr. par mois (part au 13^e salaire comprise). Comparé au gain de 6'855 fr. réalisable sans l'accident (tenant compte de l'activité principale et de celle accessoire), il en résultait une perte économique de l'ordre de 34%. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), elle a été fixée à 10%, s'élevant ainsi à 12'600 francs.

L'assuré s'est opposé le 19 décembre 2011 à la décision précitée. Il alléguait être fréquemment réveillé la nuit par des douleurs à l'épaule et être sous médication régulière, ce qui entraînait une influence sur sa capacité de concentration et donc de rendement. Il contestait par ailleurs le revenu d'invalidé, soutenant que le salaire de référence concernait des activités inadaptées à ses limitations fonctionnelles, ainsi que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, estimant que le taux devait être de 25% au moins.

[...]

Par décision sur opposition du 4 janvier 2012, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 17 novembre 2011. Elle se fondait notamment sur les rapports de la Clinique W._____ et de son médecin d'arrondissement, et constatait qu'hormis le port de charges qu'il limitait à 2 kg au maximum, le Dr V._____ posait les mêmes limitations fonctionnelles. Elle soulignait que la prise d'anti-inflammatoires pouvait être exigée pour soulager les douleurs alléguées. Par ailleurs, elle considérait que la causalité adéquate devait être niée entre d'éventuels troubles psychiques et l'accident du 12 décembre 2008. S'agissant du revenu d'invalidé, elle exposait ne pas s'être fondée, contrairement à ce que prétendait l'assuré, sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) mais sur les données salariales de cinq descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) adaptés au handicap de l'intéressé.

[...]

B. a) Par acte du 6 février 2012, N._____ a formé recours contre la décision sur opposition du 4 janvier 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité fixée à dire de

justice mais au minimum de 80% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée à dire de justice mais au minimum de 25%. Il conclut également à ce que la décision sur opposition du 4 janvier 2012 soit complétée en ce sens que la CNA doit poursuivre la prise en charge du traitement médical, en particulier du traitement par physiothérapie. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision. A titre de mesures d'instruction, il requiert qu'une expertise médicale soit ordonnée. En substance, le recourant conteste, sur la base des pièces figurant au dossier, disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, telle que le retient l'intimée. Il soutient également que les DPT envisagées comme activités exigibles ne sont pas adaptées à son état de santé et que la lésion subie est bien plus importante qu'une « luxation récidivante de l'épaule » fondant une IPAI de 10%, justifiant de ce fait une indemnité d'au moins 25%. Finalement, il se réfère aux avis du Dr V._____ selon lequel la poursuite des séances de physiothérapie est indispensable au maintien de la fonction de l'épaule droite et s'oppose de ce fait à la fin de la prise en charge du traitement.

Dans sa réponse du 4 juin 2012, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

[...]

c) Le 23 août 2012, le recourant réplique, confirmant ses conclusions. Il produit une expertise privée confiée au Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Au terme de son rapport du 11 juin 2012, le Dr G._____ fait les constatations suivantes :

« 1. Antécédents personnels

[...]

2. Anamnèse systématique (familiale, sociale, professionnelle, actuelle)

[...]

3. Plaintes actuelles

[...]

Ces plaintes consistent principalement en des douleurs accompagnées d'une limitation fonctionnelle. Les douleurs sont présentes en permanence, mais exacerbées la nuit, ce qui est habituel lors des déchirures massives de la coiffe. La limitation fonctionnelle décrite par le patient est tout à fait compatible également avec une déchirure massive de la coiffe. Le fait que le patient ait une limitation fonctionnelle de son épaule gauche est tout à fait plausible, car lors de l'examen clinique on constate une atrophie du bras droit dominant d'1cm et de l'avant-bras droit de 0.5cm, ce qui prouve objectivement une sous-utilisation. En ce qui concerne les douleurs, il est bien entendu très difficile d'en prouver l'importance, car il s'agit d'un critère subjectif qui peut varier d'une personne à l'autre. Néanmoins, le fait qu'il y ait une sous-utilisation montre que le patient protège son membre supérieur droit afin de diminuer les douleurs.

4. Constatations objectives (statu orthopédique)

[...]

5. Diagnostics

Diagnostics en relation avec l'expertise :

- Déchirure massive de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite.
- Tendinopathie sévère du long chef du biceps à l'épaule droite.

[...]

6. Evolution de l'état de santé après l'accident ?

[a) Comment les affections ont-elles évolué ?

La capsulite rétractile à l'épaule droite, décrite par le Dr V. _____ semble avoir évolué favorablement selon lui, mais, objectivement, il n'y a jamais eu d'amélioration notable de la mobilité active du patient.

Par contre, la déchirure massive de la coiffe et la tendinopathie du long chef du biceps à l'épaule droite n'ont pas évolué pour l'instant.

b) Quelles sont les affections qui se manifestent principalement à l'heure actuelle ?

- La déchirure massive de la coiffe à l'épaule droite.
- La tendinopathie du long chef du biceps à l'épaule droite.

Ces affections se manifestent principalement par des douleurs chroniques ainsi qu'une limitation fonctionnelle. Comme je l'ai mentionné plus haut, les douleurs sont présentes en permanence, mais exacerbées surtout la nuit et à l'effort. La limitation fonctionnelle se manifeste dans tous les gestes de la vie quotidienne.

[...]

17. Y a-t-il une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 LAA ?

Oui.

Cas échéant, veuillez déterminer le taux de l'atteinte à l'intégrité selon l'annexe 3 OLAA et les tables de la SUVA en tenant compte des aggravations auxquelles il faut s'attendre.

On peut apparenter l'atteinte à l'intégrité de Monsieur N. _____ à une périarthrite scapulo-humérale grave, correspondant à un taux de 25% selon la table I de la SUVA. L'appréciation du Dr S. _____ correspondant à un taux de 10% se base sur une omarthrose de gravité moyenne. Il faut préciser que Monsieur N. _____ n'a pour l'instant pas de troubles dégénératifs et il n'y a donc pas d'omarthrose. Par contre, la déchirure massive de la coiffe du patient correspond à ce que l'on nomme une périarthrite scapulo-humérale, et à sa forme la plus grave, ce qui nous donne un taux de 25%.

En cas d'évolution vers l'arthrose, ou la mise en place d'une prothèse avec un résultat "mauvais", le taux ne serait pas plus élevé. En effet, selon la table 5, en cas d'arthrose gléno-humérale grave, le taux d'atteinte à l'intégrité est compris entre 10-25%. Si finalement, l'indication opératoire est posée pour la mise en place d'une prothèse inversée, et que le résultat n'est malgré tout pas bon, on peut se référer à la même table 5 de la SUVA, avec un taux de 25% pour une endoprothèse avec mauvais résultat.

[...]. »

A l'appui de sa duplique du 5 novembre 2012, l'intimée produit un avis du Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Son rapport, daté du 2 octobre 2012, a notamment la teneur suivante :

« **Discussion**

Afin d'éviter d'appesantir le propos et puisqu'il s'agit avant tout d'évaluer la situation actuelle, je ne reprendrai pas l'entier des actes à disposition, au demeurant fort agréablement résumés par le Dr G. _____ dans son rapport d'expertise du 11 juin 2012.

Pour estimer au mieux la situation actuelle, il convient toutefois de revenir au moment de l'accident, afin de se poser une question qui peut paraître triviale à la lecture du dossier mais à laquelle il n'a pas été répondu, y compris par l'expert, à savoir quelles ont été les lésions structurelles en conséquence de l'accident du 12 décembre 2008 et quel état séquellaire structurel l'on peut considérer actuellement, toujours en conséquence de l'accident.

Ce 12 décembre 2008, M. N. _____ a donc été victime d'un traumatisme indirect de l'épaule droite, respectivement d'un traumatisme axial ascendant. Le bilan radiologique effectué en urgence n'a pas mis en évidence de lésion fracturaire.

Un mois après l'accident, un bilan arthro-IRM a permis de poser le diagnostic de rupture massive de la coiffe des rotateurs, plus précisément une rupture complète du tendon du sus-épineux et de celui du sous-épineux ainsi qu'une rupture transfixiante marginale de la partie supérieure du tendon du muscle sous-scapulaire.

Sur base des connaissances médicales actuelles et après lecture de l'examen d'arthro-IRM initial, on peut affirmer de manière certaine que les lésions tendineuses étaient préexistantes à l'accident et qu'elles n'ont pas pu être décompensées structurellement par l'accident du 12 décembre 2008. Comme l'a fort bien expliqué dans la partie théorique de son expertise le Dr G. _____, étayant son propos d'une littérature médicale de toute validité, lorsqu'un tendon se rompt complètement, le muscle n'étant plus sous tension, il présente progressivement une atrophie et une dégénérescence graisseuse. Cette involution du muscle ab inusu pourra être constatée après rupture complète, mais seulement avec un décalage temporel important (cf. les articles de Melis & al. parus en 2010, cités à la page 13 de l'expertise), certainement supérieur à un mois d'évolution.

Ainsi, on retiendra, au vu de l'amyotrophie et de la dégénérescence constatées au niveau des muscles sous-épineux et infra-épineux déjà visibles sur l'examen arthro-IRM du 12 janvier 2009, qu'il n'y a aucun doute sur la nature préexistante à l'accident d'une lésion complète de ces deux tendons des muscles sus-épineux et sous-épineux. Je préciserai à ce propos que je partage pleinement l'interprétation qui a été faite de cet examen par le Dr G. _____.

Puisque les tendons de ces muscles étaient déjà complètement rompus par l'accident, respectivement n'avaient plus d'attache humérale, ils n'ont pu être ultérieurement mis en tension par l'accident et n'ont donc pas pu être endommagés par celui-ci.

On admettra en revanche une claire décompensation symptomatique de ce status lésionnel préexistant par l'accident du 12 décembre 2008.

Relativement au tendon du muscle sous-scapulaire, je partage l'avis de l'expert qui a estimé probable une lésion partielle de la partie supérieure du sous-scapulaire. Il s'agit d'une lésion correspondant au stade I de la classification arthroscopique de Lafosse (laquelle comporte cinq stades de gravité croissante). En considération du status lésionnel du supra-épineux, c'est sans

surprise qu'on constate cette lésion transfixiante partielle marginale supérieure, que l'on peut interpréter comme une continuité de l'atteinte lésionnelle au niveau du supra-épineux. Je ne m'étendrai pas plus sur les pathologies dégénératives de la coiffe des rotateurs, encore une fois exposées de manière tout à fait convaincante dans la partie théorique de l'expertise du Dr G._____.

Il me paraissait cependant fondamental de ponctualiser le fait qu'il n'existe pas d'indice pour considérer que le traumatisme indirect contusif subi par M. N._____ le 12 décembre 2008 à son épaule droite aura entraîné des lésions structurelles se surajoutant au status lésif préexistant.

Dans ces conditions, à savoir en présence d'une décompensation symptomatique mais non structurelle d'un état préexistant, on pourrait arguer la possibilité de fixer un status quo sine pour les conséquences de l'accident du 12 décembre 2008, spécifiquement pour M. N._____, après six mois environ, considérant que le status dégénératif préexistant ait pu prolonger quelque peu le décours d'un traumatisme contusif.

Je me garderai pourtant de conclure ainsi, puisqu'on ne peut exclure chez M. N._____ la présence d'un état séquellaire structurel pour les conséquences de l'accident du 12 décembre 2008.

En effet, quand bien même le traumatisme n'a pas provoqué de lésions structurelles aiguës, l'évolution a vraisemblablement été compliquée d'une capsulite rétractile, également dénommée épaule gelée (frozen shoulder).

A posteriori, il apparaît naturellement difficile de valider avec certitude ce diagnostic, ceci d'autant plus qu'aucun examen IRM n'a été effectué avec injection de moyen de contraste, procédure qui aurait éventuellement permis de noter une prise de contraste au niveau de la capsule articulaire, comme on le retrouve de manière assez spécifique en cas de capsulite rétractile.

Même si cet élément manque, je retiens, à l'instar de l'expert, que l'assuré a présenté une probable capsulite rétractile.

Pour étayer cette affirmation, je reprendrai l'argument d'imagerie exposé par l'expert à savoir une diminution du récessus articulaire inférieur et une impression de comblement synovial de celui-ci, ce qui est un signe IRM indirect très évocateur de capsulite rétractile.

Deuxièmement, l'analyse des rapports de consultation du Dr V._____, FMH Chirurgie Orthopédique, et principal orthopédiste traitant de l'assuré pour son épaule droite, en considération de l'évolution du status algique et de la mobilité, me fait fortement considérer que le traumatisme a entraîné chez l'assuré une capsulite rétractile. À cela on ajoutera, sans que cet élément soit déterminant pour affirmer le diagnostic, que cette affection est favorisée non seulement par les traumatismes et l'immobilisation mais également par la présence d'un diabète, comme chez notre assuré.

À ce stade [de] la discussion, il importe donc de savoir dans quelle mesure il existe un état séquellaire de cette capsulite rétractile et dans quelle mesure également elle intervient dans les limitations actuelles et dans le status douloureux présenté par l'assuré.

[...]

Chez M. N._____, à quatre ans d'évolution, on retiendra qu'il n'existe plus d'inflammation active liée à cette capsulite. Partant et ayant donc admis comme diagnostic structurel secondaire à

l'accident la capsulite rétractile mais non les lésions tendineuses de la coiffe, on pourrait logiquement considérer une absence complète de lien de causalité naturelle entre le status algique actuel et l'accident.

De nouveau, je me garderai de ce raccourci médico-asséculo-logique, la décompensation structurelle liée à la capsulite pouvant expliquer pourquoi l'état préexistant est plus symptomatique actuellement que précédemment, en particulier car la rétraction capsulaire a changé au moins pour un temps, la balance musculaire de l'épaule de M. N._____.

Relativement à la récupération anatomique et fonctionnelle en status après capsulite rétractile de l'épaule droite, le Dr V._____ a estimé, dans son rapport du 14 janvier 2011, que M. N._____ avait complètement récupéré de sa capsulite rétractile, la mobilité passive étant symétrique aux mesures controlatérales.

Le Dr G._____, relativement à cette affection, ne se prononce pas de manière tranchée, rappelant simplement que, selon le Dr V._____, cette affection évoluait favorablement, mais en commentant que, dans le même temps, il n'avait pas été constaté objectivement d'amélioration de la mobilité active.

Sur base du bref rappel théorique à propos de la capsulite rétractile, on aura compris qu'il s'agit d'une affection inflammatoire touchant la capsule et dont la caractéristique, à part les douleurs, est d'entraîner une rétraction capsulaire plus ou moins réversible, cette rétraction se traduisant par une hypomobilité, indépendamment de l'action musculaire.

En d'autres mots, la traduction clinique d'une capsulite rétractile est une diminution de la mobilité passive, la diminution de la mobilité active étant avant tout la conséquence de cette perte de mobilité passive. Lorsque la mobilité passive est normale, on doit évoquer d'autres pathologies qu'une capsulite rétractile pour expliquer une diminution de la mobilité active.

Chez M. N._____, la diminution de mobilité active s'explique très bien par l'atteinte de la coiffe des rotateurs, sans qu'il faille considérer un état séquellaire de la capsulite rétractile.

Reste que sur base des différents status à disposition, je ne puis affirmer de manière suffisamment tranchée l'absence complète d'état séquellaire de la capsulite rétractile ainsi que l'absence d'aggravation déterminante du status préexistant par cette capsulite rétractile. Comme je l'ai donc dit, je ne retiendrai pas un status quo sine pour les conséquences de l'accident du 12 décembre 2008.

Toutefois, cet état séquellaire considéré apparaît actuellement intervenir de manière très marginale sur l'état actuel, les troubles étant avant tout dû à l'atteinte lésive de la coiffe des rotateurs, si clairement préexistante à l'accident qu'elle a été considérée irréparable chirurgicalement au moment de son diagnostic.

Maintenant qu'on aura défini de la manière la plus précise possible quel est l'état séquellaire présenté par M. N._____ à son épaule droite dans les conséquences de l'accident du 12 décembre 2008, mais également en considération de l'état préexistant et global, il incombe d'en tirer les conclusions pour la définition de l'IPAI et de l'exigibilité.

Avant cela toutefois, et puisque l'expert a estimé qu'un traitement chirurgical était nécessaire, il incombe de savoir si le cas peut être considéré comme stabilisé.

Puisque l'assuré s'est jusqu'à maintenant toujours opposé à toutes les propositions chirurgicales palliatives proposées, considérant

que les chances d'amélioration étaient trop hasardeuses (et c'est son droit le plus absolu), il apparaissait justifié, au moment de la visite médicale effectuée par le Dr S._____, de retenir une stabilisation du cas suffisante pour procéder à un bouclage médico-assécurologique. Il n'y aurait donc pas lieu de discuter plus avant l'argument.

[...]

En ce qui concerne l'IPAI, j'espère avoir suffisamment démontré le caractère préexistant des lésions tendineuses constatées au niveau de la coiffe des rotateurs et le status séquellaire minimal en conséquence de l'accident du 12 décembre 2008, en liaison avec la capsulite rétractile. Si l'on devait considérer uniquement ce status séquellaire de capsulite rétractile, vu apparemment l'absence de restriction majeure de la mobilité passive, on arriverait sans doute [à un] taux inférieur au seuil indemnisable. De manière plus concrète, j'admettrai une limitation de la mobilité et retiendrai, comme le Dr S._____, un taux de 10%, ce taux correspondant à une restriction légère de la mobilité de l'épaule.

Si l'on se place du point de vue de la périarthrite scapulo-humérale, diagnostic correspondant à une ancienne terminologie un peu "fourre-tout", il est noté dans les tables que l'évaluation de la gravité de la périarthrite scapulo-humérale se fonde sur l'atteinte due à une omarthrose de même gravité. Puisqu'en effet, radiologiquement, M. N._____ présente une omarthrose moyenne actuellement, le taux considéré par le Dr S._____ - sans déduction ! - correspond à une juste évaluation de la situation.

Si l'on fait abstraction de cette notice et qu'on se place du point de vue clinique, je partage l'évaluation du Dr G._____ qui estime que nous sommes en présence, pour la fonctionnalité, d'une périarthrite scapulo-humérale grave.

Si l'on admettait cependant ce taux, il serait juste de prendre dans le même temps en considération l'état préexistant, qui justifierait sans autre une déduction des deux tiers, avec pour résultante un taux inférieur aux 10% définis par le médecin d'arrondissement.

Au vu du status séquellaire pouvant être mis en relation de causalité naturelle avec l'accident, je retiens donc que le taux de 10% retenu est tout à fait raisonnable et adapté, respectivement certainement pas sous-estimé.

Conclusions

Le seul état séquellaire que l'on doit retenir de manière probable au niveau de l'épaule droite chez M. N._____ en conséquence de l'accident du 12 décembre 2008 est une discrète limitation de la mobilisation passive de l'épaule droite en status après capsulite rétractile.

Les lésions tendineuses de la coiffe des rotateurs, conditionnant actuellement l'état de santé de M. N._____ de manière déterminante, sont sans rapport avec l'accident puisque certainement préexistantes à l'accident.

Les exigences retenues dans les descriptions de poste de travail ayant servi à établir le calcul de rente sont pleinement compatibles avec l'état de santé actuel de M. N._____.

Elles correspondent à ce que l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré, en considération de sa pathologie globale à l'épaule droite (état accidentel séquellaire et état préexistant).

Le taux d'IPAI de 10% estimé pour les séquelles de l'accident du 12 décembre 2008 n'apparaît certainement pas sous-estimé, compte tenu de l'importance de l'état préexistant. »

Par décision du 23 novembre 2012, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 novembre 2012 et désigné Me Muriel Vautier en qualité d'avocat d'office.

A l'appui de ses déterminations du 31 janvier 2013, le recourant produit un rapport complémentaire du Dr G._____, rédigé le 14 janvier 2013. L'expert se prononce sur l'avis du Dr Z._____ en ces termes :

« REMARQUES EN RAPPORT AVEC L'APPRECIATION DU DR Z._____

[...]

3. Le Dr Z._____ estime une IPAI à 10% compte tenu de l'état préexistant à l'accident.

Dans un premier temps, quand le Dr Z._____ parle de l'IPAI, il dit qu'il partage mon évaluation, qui estime que, pour la fonctionnalité, on est en présence d'une périarthrite scapulo-humérale grave. Par contre, il dit qu'il faudrait prendre en considération l'état préexistant, qui justifierait sans autre une déduction des deux tiers, avec un taux inférieur aux 10% définis par le Dr S._____, médecin d'arrondissement de la SUVA. Donc au vu du status séquellaire, il estime que le taux de 10% est tout à fait raisonnable et adapté, certainement pas sous-estimé.

Je ne comprends pas sur quelle base médicale il s'appuie pour justifier une diminution des deux tiers.

Si l'on tient compte des arguments que j'ai évoqués plus haut (au point 1 des Remarques en rapport avec l'appréciation du Dr Z._____), en estimant que le patient avait une déchirure de la coiffe asymptomatique, sur maladie professionnelle, et que l'accident du 12 décembre 2008 a décompensé celle-ci, avec une augmentation structurelle de la déchirure, il ne faut pas tenir compte d'un état préexistant.

Même si l'on ne retient pas la probabilité que la déchirure asymptomatique de la coiffe soit liée à une maladie professionnelle, il faut se rendre à [l]'évidence. Avant l'accident, Monsieur N._____ avait une épaule qui lui permettait fonctionnellement d'exercer ses professions en plein. Il n'y avait donc aucune périarthrite scapulo-humérale, avant l'accident. On peut donc dire que l'accident est une cause nettement prépondérante à l'état actuel.

Dans ce sens, mon appréciation, tenant compte d'une périarthrite scapulo-humérale grave, consécutive à l'accident, est tout à fait correcte en attribuant une IPAI à 25%. ».

La CASSO a rejeté le recours de N._____.

Par arrêt du 1^{er} mars 2016 (8C_192/2015), la Ire Cour de droit social du Tribunal fédéral a considéré, s'agissant de l'IPAI, que les divergences d'opinions quant au rôle joué par l'accident, respectivement par l'état antérieur, dans la survenance de l'atteinte à la santé constatée

chez le recourant (correspondant à une périarthrite scapulo-humérale grave) étaient telles qu'il n'était pas possible de trancher la question de la réduction éventuelle de l'IPAI. En conséquence, l'autorité supérieure a annulé le jugement de la CASSO du 8 janvier 2015 en tant qu'il concernait le taux de l'IPAI et lui a renvoyé le dossier pour la mise en œuvre d'une expertise judiciaire portant uniquement sur cette question.

Cette expertise a été réalisée par le Dr J._____, médecin associé dans le Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux P._____ (Hôpitaux P._____). Le rapport y relatif, rendu le 8 mai 2017, a notamment la teneur suivante :

« 4. Appréciation par les auteurs du bilan radiologique et des photographies

L'IRM du 12 janvier 2009 montre une infiltration graisseuse des sus et sous-épineux parlant contre une étiologie récente. Il existe néanmoins une lésion du sous-scapulaire dans sa partie haute d'allure récente.

5. Diagnostic

- Epaule pseudoparalytique sur lésion massive de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite de type C selon Collin (Collin et Lädermann, J Shoulder Elbow Surg 2014) au dépend des tendons sous-scapulaire supérieur, sus-épineux et sous-épineux.
- Tendinopathie sévère du long chef du biceps à l'épaule droite.
- Antécédent de capsulite rétractile de l'épaule droite.

6. Discussion

Le patient, avant ce traumatisme, n'avait jamais ressenti la moindre symptomatologie au niveau de l'articulation de l'épaule droite. Jusqu'à l'accident le patient travaillait à 100% en tant que soudeur et en plus de cette activité il travaillait encore deux heures le soir comme technicien de surface pour arrondir ses fins de mois. En effet, avec son épouse travaillant comme aide soignante à 80%, ils devaient à eux deux subvenir aux besoins de leur famille et élever leurs trois enfants (de 7, 21 et 25 ans actuellement).

Mr N._____ présente, dans le contexte d'une chute sur une plaque de verglas fin 2008 avec réception sur le dos et le coude droit, des douleurs et une impotence fonctionnelle de son épaule droite. Après avoir consulté la permanence du [...] puis au Centre hospitalier H._____, le diagnostic de contusion de l'épaule droite sera retenu après exclusion de fractures sur les radiographies standards. L'arthro-IRM effectuée un mois après la chute, le 12 janvier 2009, montre une déchirure complète du sus-épineux et subtotale du tendon sous-épineux droits, avec rétraction de type III selon Patte (au niveau [de] la glène) (Patte, Clin Orthop Relat Res 1990), une

lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire et une subluxation du long chef du biceps.

Cette lésion ayant été jugée irréparable, un traitement conservateur a été proposé. L'évolution sera compliquée d'une capsule rétractile.

Le patient bénéficiera de deux séjours hospitaliers à la Clinique W. _____ (du 22 juillet au 19 août 2009 et du 14 avril au 11 mai 2011) mais qui ne permettront pas au patient de récupérer sa fonction ni soulager suffisamment ses douleurs.

Le patient a déjà eu une expertise de (sic) du Dr G. _____ les 23 février et 31 mai 2012 (avec complément d'expertise du 14 janvier 2013). Les diagnostics susmentionnés sont également ceux retenus par le Dr G. _____ et le Dr Z. _____. Pour le Dr Z. _____, ces lésions sont, d'une manière certaine, pré-existantes à l'accident. Pour le Dr G. _____, «il est certain que Monsieur N. _____ avait une déchirure asymptomatique de la coiffe préexistante à l'accident du 12 décembre 2008». De plus, au vu de l'absence d'atrophie musculaire et d'infiltration graisseuse du sous-scapulaire, le Dr G. _____ conclut que «la déchirure du tendon sous-scapulaire, au moins, était récente».

Nous rejoignons l'analyse de nos deux confrères quand (sic) à la relation entre lésions pré-existantes et infiltrations graisseuses. En effet, l'arthro-IRM réalisé le 12 janvier 2009 montre une amyotrophie de type II selon Thomazeau du sus-épineux avec infiltration graisseuse selon Goutallier de type II et une infiltration graisseuse de type IV pour le sous-épineux. D'après des études publiées par l'un des auteurs de cette expertise, l'infiltration graisseuse apparaît à 3 ans en moyenne après le début des symptômes pour l'ensemble de la coiffe des rotateurs (infiltration moyenne) et 5 ans pour une infiltration sévère (Mélis et Lädermann., Rev Chir Orthop 2008 et Clin Orthop Relat Res 2010). L'arthro-IRM ayant été réalisé à seulement un mois du traumatisme, on peut affirmer qu'il existait une atteinte préalable des tendons sus et sous-épineux. La petite lésion supérieure du sous-scapulaire correspond à une extension aigue qui est connue pour être apte à décompenser la fonction de l'épaule en raison de son rôle clé dans l'élévation antérieure active (Collin et Lädermann. J Shoulder Elbow Surg 2014 et Orthop Traumatol Surg Res 2015). Les lésions du tendon sous-scapulaire sont l'apanage de l'accident chez le patient jeune (Bjornsson 2011, Gerber, 1996, Krishnan 2008).

Au vu des imageries montrant une infiltration graisseuse de certains muscles de la coiffe et au vu de l'âge du patient à l'époque de l'accident, il existait déjà plusieurs lésions alors asymptomatiques. Nous rejoignons toutefois le Dr G. _____ en ce qui concerne le sous-scapulaire ; cette lésion semble traumatique et récente, l'atteinte du sous-scapulaire étant apte à décompenser d'une manière durable une lésion pré-existante de la coiffe des rotateurs. En effet, cette unité musculo-tendineuse est la clé de la fonction, notamment de l'élévation antérieure active (Collin et Lädermann. J Shoulder Elbow Surg 2014 et Orthop Traumatol Surg Res 2015).

Le Dr G. _____ une possible atteinte de la coiffe des rotateurs résulte d'une maladie professionnelle, ce qui, compte tenu du fait que lors de l'accident le patient n'avait que 49 ans, ce qui est très jeune pour avoir une déchirure dégénérative de la coiffe (Minagawa J Orthop 2013, Yamaguchi JSES 2001), la prise en charge de

l'ensemble des lésions incomberait à l'assurance accidents, en l'occurrence la SUVA. Nous sommes réservés quant à cette analyse, aucune étude à ce jour ne démontrant qu'un travail répétitif avec les membres supérieurs est plus susceptible d'engendrer des lésions de la coiffe des rotateurs qu'un travail sédentaire (Gerber J Orthop Res 2014).

En résumé, ce patient présente une lésion chronique de sa coiffe des rotateurs avec, au vu mécanisme et de la chronologie, une probable extension aigue antérieure (Lahteenmaki J Shoulder Elbow Surg 2006).

Nous arrivons actuellement à un état stabilisé pour l'épaule droite de ce patient. Nous pourrions encore proposer la mise en place d'une prothèse totale inversée d'épaule qui permettrait, d'une part, une amélioration des amplitudes articulaires dans tous les axes et, d'autre part, une diminution de ses douleurs (Lädemann, Orthop Traumatol Surg Res 2016 et Ek, J Shoulder Elbow Surg 2013).

Questionnaire de la CNA

1) Parmi les atteintes à la santé que vous avez constatées, qu'elles (sic) sont celles qui, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, ont été causées par l'événement du 12 décembre 2008 ?

Cf. discussion. Au vu de l'absence d'infiltration graisseuse au niveau du sous-scapulaire, il est probable que la lésion supérieure du sous-scapulaire correspondent (sic) à une extension aiguë d'une atteinte de la coiffe des rotateurs préexistante.

2) La personne assurée était-elle déjà atteinte dans sa santé, de manière latente ou manifeste, avant l'accident du 12 décembre 2008 ? Si oui : cet accident a-t-il, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, provoqué une aggravation de l'état antérieur ? S'agit-il, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une aggravation seulement passagère [ou] plutôt durable ?

L'arthro IRM réalisé le 12 janvier 2009, soit un mois après l'accident met en évidence une amyotrophie de type II selon Thomazeau du sus-épineux avec infiltration graisseuse selon Goutallier de type II et une infiltration graisseuse de type IV pour le sous-épineux. D'après Mélis et al., l'infiltration graisseuse apparaît à trois ans en moyenne après le début des symptômes pour l'ensemble de la coiffe des rotateurs (infiltration de stade II) et cinq ans pour une infiltration de stade III et IV. Au vu de cette imagerie réalisée relativement peu de temps après le traumatisme, on peut affirmer qu'il existait une atteinte préalable mais asymptomatique des sus et sous-épineux. L'accident a engendré une aggravation durable d'un état antérieur probablement en lien avec une extension antérieure de la lésion au tendon sous-scapulaire supérieur. Il faut noter qu'il n'est pas exclu que cette aggravation ne se soit avec le temps également produite sans traumatisme, les lésions de la coiffe ayant naturellement tendance à s'étendre (Moosmayer J Shoulder Elbow Surg 2017).

3.1) Les atteintes à la santé dues à l'accident constituent-elles une atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique durable ? Si oui, à quel degré ? Prière de motiver votre appréciation en référence à l'annexe 3 (article 36a1.2 OLAA) et aux tables concernant les atteintes à l'intégrité selon [la] LAA de la SUVA. Pour autant qu'il

existe diverses atteintes à l'intégrité, prière d'évaluer un taux global en tenant compte des interactions qui en résultent au plan fonctionnel. Quels motifs militent-il (sic) le cas échéant en faveur d'une pondération de la somme des diverses atteintes à l'intégrité prises isolément ?

Monsieur N._____ présente une persistance de douleurs importantes tant diurnes que nocturnes ainsi qu'une persistance d'impotence fonctionnelle. Nous sommes donc en présence d'un état douloureux chronique avec une perte de la fonction de son épaule. Le patient souffre d'une lésion massive de sa coiffe des rotateurs non réparable qui correspond donc à une atteinte de son intégrité physique. Par ailleurs au vu des douleurs toujours très importantes (environ 6/10 sur une échelle de la douleur) avec une épaule qui est estimée à un 10% d'une épaule normale, les mouvements répétitifs et les élévations sont extrêmement difficiles et douloureuses. Ceci entrave passablement sa qualité de vie, en effet des douleurs chroniques ont clairement une influence sur le moral et peuvent ainsi engendrer une atteinte à son intégrité mentale et psychique.

Dans l'expertise du Docteur Z._____, notre confrère prend en considération l'état pré-existant de Monsieur N._____, ce qui semble adéquat au vu de l'état préexistant indéniable.

Selon l'OLAA, la perte complète d'un membre supérieur correspond à un 50% d'indemnité, chose qui n'est bien évidemment pas le cas chez ce patient. Il a toutefois perdu une bonne partie de sa fonction et présente des douleurs quotidiennes et nocturnes entravant sa qualité de vie et sa capacité à pouvoir retravailler, raison pour laquelle nous estimons que l'atteinte actuelle correspond à 20%. Néanmoins, l'atteinte à l'intégrité en lien avec l'accident est de tout au plus de 5% dans la mesure où seule la lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire peut être vraisemblablement imputée à l'accident.

Questionnaire de N._____

[...]

4. Diagnostic

4.1. Pour quels motifs écarterez-vous, le cas échéant, les autres diagnostics posés par vos confrères (Cf en particulier le rapport d'expertise du Docteur G._____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique, du 11 juin 2012 et son rapport complémentaire du 14 janvier 2013 ainsi que l'appréciation médicale du Docteur Z._____, centre de compétence des médecines des assurances de la SUVA, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur FMH, du 2 octobre 2012) ?

Nous rejoignons le diagnostic de nos confrères en ce qui concerne les diagnostics mentionnés au point 5. Nous parlons en revanche d'antécédent de capsulite rétractile, car la condition actuelle est plutôt séquellaire de son atteinte de la coiffe des rotateurs plus que d'une capsulite. Les deux confrères admettent une atteinte pré-existante (état antérieur) de la coiffe des rotateurs. Nous rejoignons l'analyse du Dr G._____ quant à la vraisemblable extension de la lésion au tendon sous-scapulaire supérieur à la suite de l'accident du 12 décembre 2008. Il nous semble par contre que l'évaluation de

l'invalidité a été sous-estimée par le médecin représentant l'assurance et surestimée par le médecin traitant le patient.

5. Causalité état antérieur

5.1 Est-ce que l'accident du 12 décembre 2008 est une cause au moins partielle des troubles actuels ? En d'autres termes peut-on admettre que selon toute vraisemblance, les troubles en question n'existeraient pas ou existeraient dans une moindre mesure si l'accident ne s'était pas produit ?

L'accident du 12 décembre 2008 a décompensé une épaule fragile qui se serait inexorablement décompensée au vu des lésions pré-existantes importantes et de l'activité du patient. Nous ne pouvons en effet pas affirmer que, sans cet accident du 12 décembre 2008, le patient aurait (sic) huit ans plus tard une épaule indolore et fonctionnelle. Les troubles partiels imputables à l'accident du 12 décembre 2008 sont liés à l'atteinte du tendon sous-scapulaire qui ne présentait pas d'insuffisance majeure lors du testing réalisé lors de notre examen clinique. Nous estimons l'invalidité à 20%. Nous justifions ce chiffre car selon les tables de la SUVA, une épaule mobile jusqu'à l'horizontal équivaut à un 15% d'invalidité, or dans ce cas nous en sommes à la moitié (45°), et une luxation invétérée (non réduite) équivaut à une invalidité de 25%. Nous pensons donc que le taux d'atteinte à l'intégrité représente 20%, la situation de Monsieur N. _____ se situant entre ces deux situations. L'atteinte à l'intégrité attribuable à l'accident est de 5% sur les 20% liés à son handicap (sic) fonctionnel actuel.

5.2 Des facteurs extérieurs jouent-ils un rôle ? Si oui, lesquelles et dans quelle mesure (en pourcent) ?

Les facteurs extérieurs à l'accident sont l'état pré-existant de la coiffe des rotateur à hauteur de 20% (cf. 5.1).

5.3 En cas de réponse positive à la question 5.2, quelle était exactement l'incidence de ces facteurs extérieurs sur la vie professionnelle et privée de l'expertisé à la veille de l'accident ?

Il n'y avait alors pas de répercussion sur la vie professionnelle et privée du patient.

6. Atteinte à l'intégrité

6.1 L'état définitif est-il atteint ?

Oui, l'état est stabilisé, l'accident datant de fin 2008 avec un état clinique stable depuis plus de deux ans.

6.2 Si oui, existe-il, au sens de l'article 24 LAA et 36 OLAA une atteinte définitive et importante de l'intégrité qui n'existerait pas, selon toute vraisemblance, si l'accident du 12 décembre 2008 n'avait pas eu lieu ? Le cas échéant, veuillez déterminer le taux de l'atteinte à l'intégrité selon l'annexe 3OLAA et les tables de la SUVA en tenant compte des aggravations auxquelles il faut s'attendre ?

Non, nous estimons qu'au vu de l'atteinte déjà avancée de la lésion il y a huit ans, cette dernière serait d'une manière certaine devenue symptomatique et se serait étendue. La part attribuable à l'accident est tout au plus de 5%.

6.3 Pour quel motif vous écarterez-vous, le cas échéant, de l'avis médical de vos confrères, au sujet de l'expertisé.

Le Dr Z. _____ estime que l'épaule présente une restriction légère de la mobilité correspondant à une invalidité de 10%. Lors de notre examen clinique, l'épaule était pseudoparalytique avec une élévation antérieure tant active que passive à 45°, une rotation externe coude au corps à 0° avec un rappel automatique à 20° et une rotation interne main dans le dos limitée au sacrum. Ceci correspond non pas à une restriction légère mais à une restriction très importante de la mobilité de cette épaule, d'où le pourcentage de 20% d'invalidité. Nous nous rapprochons donc du chiffre de 25% proposé par le Docteur G. _____, ce dernier correspondant à une luxation invétérée de l'épaule, ce qui ne reflète pas la condition de Monsieur N. _____. Nous estimons que l'accident est responsable de 5% de ces 20%. »

Le recourant s'est déterminé le 4 octobre 2017 et a indiqué maintenir les conclusions de son recours. Il sollicitait toutefois la possibilité de retirer son recours si la CASSO devait retenir une IPAI inférieure à celle fixée dans la décision litigieuse.

La CNA s'est déterminée le 6 octobre 2017. Elle a maintenu que l'IPAI devait être fixée à 10 %.

E n d r o i t :

1. a) Le présent arrêt fait suite à un arrêt de renvoi du 1^{er} mars 2016, aux termes duquel l'intimée avait pour injonction de mettre en œuvre une expertise judiciaire uniquement sur la question de l'IPAI, dès lors que les divergences d'opinions quant au rôle joué par l'accident, respectivement par l'état antérieur, dans la survenance de l'atteinte à la santé constatée chez le recourant (correspondant à une périarthrite scapulo-humérale grave) étaient telles qu'elles ne permettaient pas de trancher la question de la réduction éventuelle de l'IPAI.

b) Selon un principe applicable dans la procédure administrative en général, lorsqu'une autorité de recours statue, explicitement ou implicitement, par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours, sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit donc sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par

l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (cf. par exemple TF 9C_350/2011 du 3 janvier 2012 consid. 4.1).

En l'occurrence, seule reste litigieuse la question d'une éventuelle réduction de l'IPAI accordée au recourant.

2. Par décision du 17 novembre 2011, confirmée par décision sur opposition du 4 janvier 2012, la CNA a octroyé au recourant une IPAI de 10% (12'600 fr.) calculée sur un gain annuel de 126'000 francs. Celui-ci réclame une IPAI de 25%, soit une différence de 15% par rapport à l'IPAI octroyée, ce qui correspond à 18'900 francs (31'500 fr. - 12'600 fr.). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

3. En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

4. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre

1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) - 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 annexe 3 OLAA). 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. Toutefois, dans la mesure 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 et 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_566/2017 précité, loc. cit.). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA).

b) Selon 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

5. En l'occurrence, l'expert judiciaire a relevé que l'arthro-IRM réalisée en janvier 2009 avait révélé une infiltration graisseuse des sus et sous-épineux. Il rejoint tant le Dr Z._____ que le Dr G._____ lorsqu'il en conclut qu'il existait une atteinte préalable des tendons sus et sous-

épineux. S'agissant du sous-scapulaire, l'expert est d'avis que la lésion le concernant paraissait traumatique et récente, susceptible de décompenser de manière durable une lésion préexistante de la coiffe des rotateurs, l'infiltration graisseuse de certains muscles de la coiffe démontrant qu'il existait déjà plusieurs lésions alors asymptomatiques. L'expert constate la persistance de douleurs importantes (diurnes et nocturnes) et d'impotence fonctionnelle. La lésion massive de la coiffe des rotateurs non réparable correspond à une atteinte de l'intégrité physique. Il estime qu'il est justifié de prendre en considération l'état préexistant. Il chiffre à 20 % l'atteinte actuelle (la perte complète d'un membre supérieur correspondant à une IPAI de 50 %). Il relève cependant que seule la lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire était en relation avec l'accident. Il estime en conséquence l'IPAI à 5 %.

Dans ses déterminations sur l'expertise, l'intimée maintient que l'IPAI doit rester fixée à 10 %. Il faut relever que lorsqu'il a arrêté l'IPAI à 10 %, le Dr S._____ n'a guère motivé ce taux. Dans son avis du 2 octobre 2012, le Dr Z._____ relève que le taux de 10 % correspond à une périarthrite scapulo-humérale moyenne et que cette atteinte se fonde sur une omathrose de même degré (cf. tableau 1 - Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs). Il estime juste ce taux si l'on se fonde sur les constatations radiologiques tout en soulignant que le Dr S._____ n'a pas procédé à une réduction. Il considère toutefois que cliniquement, s'agissant de la fonctionnalité, on est en présence d'une périarthrite scapulo-humérale grave, comme le Dr G._____ l'a exprimé, mais qu'il faudrait opérer une déduction de 2/3 pour tenir compte de l'état préexistant, ce qui reviendrait à fixer l'IPAI à un taux inférieur à 10 %.

L'expert est d'avis que la lésion du sous-scapulaire est récente, rejoignant sur ce point l'avis du Dr G._____. Les médecins de la CNA sont moins affirmatifs et estiment qu'il n'est pas possible de le déterminer. En l'occurrence, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'avis de l'expert judiciaire qui est convaincant. En effet, celui-ci repose sur un raisonnement bien construit et étayé. Il tient compte des avis des

dZ._____ et G._____, tout en les nuançant et en expliquant pour quelles raisons il s'en écarte. L'expert J._____ retient au final un taux de 5%, dans la mesure où seule la lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire peut être vraisemblablement imputée à l'accident. Cela étant, il est renoncé, dans le cas présent, à une *reformatio in pejus* (ATF 144 V 153 consid. 4.2.4), si bien que le taux de 10% doit être maintenu.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Le recourant, qui succombe, ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision de la juge instructrice du 23 novembre 2012, son conseil d'office, Me Muriel Vauthier, a droit à une rémunération équitable assumée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Me Vauthier a produit sa liste des opérations le 3 décembre 2019, totalisant 11 heures et 30 minutes. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Vauthier est arrêtée de la manière suivante : 1'980 fr. (11h x 180 fr.) s'agissant des opérations réalisées en 2016 et 2017, montant auquel il convient d'ajouter un montant forfaitaire de débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) ainsi que la TVA par 8%, soit un total de 2'245 fr. 30 (1'980 fr. + 99 fr. [1'980 fr. x 5%] + 166 fr. 30 [2'079 fr. x 8%]) et 90 fr. pour ce qui est des opérations réalisées en 2019, montant auquel il convient également d'ajouter un montant forfaitaire de débours par 5% ainsi que la TVA par 7.7%, soit un total de 101 fr. 80 (90 fr. + 4 fr. 50 [90 fr. x 5%] + 7 fr. 30 [94 fr. 50 x 7.7%]). Les deux montants précités additionnés totalisent 2'347 fr. 10 (2'245 fr. 30 + 101 fr. 80).

La rémunération du conseil d'office est provisoirement assumée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes par le recourant.

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 4 janvier 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Muriel Vauthier, conseil du recourant N._____, est arrêtée à 2'347 fr. 10, débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Muriel Vauthier (pour N. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :