

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 septembre 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Gutmann et Berthoud, juges assesseurs
Greffière : Mme Parel

* * * * *

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Zumsteg, avocat à Neuchâtel,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

Art. 18, 19, 24 et 25 LAA ; 7, 8 et 16 LPG

E n f a i t :

A. S._____, né en 1976, originaire du Portugal (ci-après : l'assuré ou le recourant), était, en qualité de poseur de fenêtres pour le compte de la société D._____ (ci-après l'employeur) depuis le 22 juillet 2013, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration de sinistre du 2 octobre 2013, l'employeur a informé la CNA que le 30 septembre précédent, l'assuré avait fait une chute dans les escaliers à son domicile et s'était luxé l'épaule droite. L'employeur indiquait que l'assuré travaillait à 100 % pour un salaire horaire de 24 fr. auxquels s'ajoutaient 2 fr. 44 à titre d'indemnité pour les vacances et les jours fériés et 2 fr. à titre de gratification.

Le rapport radiologique établi le 30 septembre 2013 par la Dresse Z._____, radiologue auprès des établissements hospitaliers B._____ (ci-après : B._____) (cliché de l'épaule droite face et Neer) indiquait qu'il n'y avait pas de luxation, ni de lésion traumatique, de fracture ou d'arrachement osseux. Il n'y avait pas non plus de calcification intra articulaire ni d'autre pathologie ostéo articulaire. Le cliché n'étant pas complètement de face, elle préconisait de compléter l'examen ultérieurement par un cliché de face.

Le rapport radiologique établi le 11 octobre 2013 par la Dresse Z._____ (cliché de l'épaule droite de face) indiquait que les structures osseuses étaient d'aspect physiologique, sans trait de fracture visible et que les rapports articulaires étaient préservés.

Une arthro-IRM de l'épaule droite a été effectuée le 1^{er} novembre 2013 par le Dr X._____, spécialiste en radiologie. Dans son rapport du même jour, celui-ci concluait en ces termes :

« La seule anomalie que je visualise sur cette IRM est un discret hypersignal dans le tendon du sus-épineux, situé à environ 1 cm après son insertion sur la tête humérale. Ces images sont compatibles avec une discrète tendinopathie. »

Le certificat médical initial LAA établi le 16 décembre 2013 par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-chef de la policlinique des B._____, indiquait notamment que son patient avait chuté d'un escabeau d'environ 5 marches en se réceptionnant sur le bras droit. Depuis, il présentait des douleurs au niveau de l'épaule droite, avec une impotence fonctionnelle et une perte de force. Il avait constaté des douleurs à la palpation de l'épaule droite, contrairement à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire ; il n'y avait pas de déformation ni d'hématome. Il posait comme diagnostic une contusion de l'épaule droite avec suspicion d'une lésion de la coiffe des rotateurs (tendon du sus-épineux et tendon du sous-épineux). Les constatations radiologiques ne mettaient rien de spécial en évidence. Le traitement conservateur consistait dans le port d'un gilet orthopédique et d'une médication antalgique. L'incapacité de travail était totale depuis le 30 septembre 2013.

Dans son rapport du 6 février 2014, le Dr L._____ indiquait que la dernière consultation avait eu lieu le 10 janvier 2014. Il posait comme diagnostics un status post entorse de l'épaule droite le 30 septembre 2013, une capsulite post traumatique de l'épaule droite légère et la suspicion d'une lésion SLAP (superior labrum from anterior to posterior). Malgré le traitement conservatoire, le patient ne notait aucune amélioration en ce qui concerne son épaule droite. A l'examen clinique, l'amplitude articulaire restait limitée avec une flexion à 90° actif et 120° passif, un REI de 30° et un RI jusqu'à D12. Le Dr L._____ précisait qu'une capsulite rétractile post traumatique de l'épaule droite pouvait influencer de manière défavorable le processus de guérison. Le traitement consistait en une médication d'anti inflammatoires non stéroïdiens (ci-après : AINS) et d'antalgiques. La durée prévue du traitement pouvait aller théoriquement jusqu'à 18 mois selon l'évolution. Une reprise du travail n'était pas envisageable en l'état.

Le 10 avril 2014, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 mai suivant en invoquant des difficultés économiques. Il a produit auprès de la CNA la fiche de salaire de l'assuré pour le mois d'août 2013 dont il ressort que le salaire horaire est de 24 fr., part au treizième salaire et indemnités de vacances non comprises.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 3 juillet 2014 en faisant valoir que son bras droit était inutilisable.

Dans son rapport du 7 juillet 2014, le Dr L. _____ indiquait que la dernière consultation avait eu lieu le 28 avril 2014 et que la suivante aurait lieu dans deux mois. Il mentionnait une évolution stagnante, le patient décrivant plus ou moins les mêmes douleurs. Au status l'examen était superposable au précédent. Le traitement consistait en une médication anti inflammatoire. L'assuré restait en incapacité totale de travail.

L'assuré a été examiné par le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, le 7 octobre 2014. Dans son rapport du même jour, il relevait notamment ce qui suit :

« **1. Motif de l'examen**

A la demande du Service administratif pour faire le point de la situation.

2. Evolution suivant les pièces communiquées

30.09.2013 Ce patient, âgé actuellement de 38 ans, poseur de fenêtres, portugais, a fait une chute dans les escaliers et il a présenté une distorsion de l'épaule D en voulant se retenir.

01.11.2013 Une arthro-IRM n'a montré qu'une légère tendinopathie du sus-épineux.

06.02.2014 Le Dr L. _____ a constaté une capsulite rétractile. Il suspecte également une lésion de type SLAP.

30.06.2014 Le patient s'est annoncé à l'AI.

[...]

3. Déclarations de l'assuré

Le patient, qui ne parle pas le français et qui est venu avec un ami, dit qu'il a glissé dans les escaliers le 30.09.2013 et qu'il a présenté une entorse de l'épaule D en voulant se retenir. Il a même l'impression que cette articulation s'est déboîtée. Il a pris sa voiture, il est allé consulter à l'Hôpital de [...], tout proche. On lui a donné

des antalgiques et on a fait des RX. Il semble que le patient a porté un gilet orthopédique durant un mois pendant la journée qu'il enlevait la nuit.

Par la suite, il a fait de la physiothérapie de manière intensive. Après l'IRM du 1.11.2013, ce traitement a été stoppé. Il a été repris début 2014 mais, à nouveau très mal supporté, il a définitivement été arrêté et le Dr L. _____ aurait recommandé au patient d'économiser son bras D au maximum.

Actuellement, le patient ne voit aucune amélioration. Il a des douleurs permanentes de tout le moignon de l'épaule, plutôt antérieures, qui irradient postérieurement dès qu'il bouge un peu son bras. Il est passablement gêné dans les AVQ. Il utilise quand même sa main D en gardant son bras D au corps, s'aidant de l'autre main.

Il n'y a pas de traitement. Le Dr L. _____ a conseillé au patient d'essayer d'arrêter les antalgiques et les AINS jusqu'au prochain rendez-vous qui est prévu le 14.11.2014.

Originaire du Portugal, le patient est venu l'année passée. Il dispose d'un permis B. Il a toujours travaillé comme poseur de fenêtres, également au Portugal.

[...]

Constatactions

Il s'agit d'un patient de 38 ans, bien musclé, présentant un aspect de santé correct.

Epaule D :

La ceinture scapulaire est basculée vers la D mais il n'y a pas de grosse amyotrophie de l'épaule D.

L'épaule D est souple jusqu'à l'horizontale, difficilement mobilisable au-delà chez un patient qui fait valoir de très vives douleurs. Les signes du conflit sont ininterprétables.

Le Jobe est tenu. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel.

La mobilité active est apparemment limitée avec une élévation qui ne dépasse pas 90°. La rotation externe coudes au corps atteint 20° par rapport à 60° à G. La rotation interne est pratiquement complète.

Le tonus et la force musculaire semblent conservés à tous les niveaux, en particulier pour le deltoïde.

Il n'y a pas d'hypoesthésie du moignon de l'épaule.

5. Appréciation

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai résumés plus haut et qui ressortent surtout de ses déclarations.

Actuellement, le patient dit qu'il ne voit aucune amélioration il a des douleurs permanentes de tout le moignon de l'épaule, plutôt antérieures, qui irradient postérieurement dès qu'il bouge un peu son bras. Il est passablement gêné dans les AVQ [réd. : activités de la vie quotidienne]. Il utilise quand même sa main D [réd. : droite] en gardant son bras d au corps, s'aidant de l'autre main. Objectivement, l'épaule est souple jusqu'à l'horizontale, difficilement mobilisable au-delà chez un patient qui fait valoir de très vives douleurs. Les signes de conflit sont ininterprétables. Le Jobe est tenu. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel. La mobilité active est apparemment limitée avec une élévation qui ne dépasse pas 90°, contrastant avec une rotation interne qui est pratiquement complète. Le tonus et la force musculaire semblent conservés à tous les niveaux, en particulier le deltoïde. Il n'y a pas d'hypoesthésie du moignon de l'épaule.

Le diagnostic de capsulite rétractile me semble discutable.
Si je comprends bien qu'on ait voulu donner à cette raideur post-traumatique de l'épaule D une chance de guérir spontanément, je ne pense pas qu'il soit raisonnable de laisser ce patient complètement livré à lui-même alors qu'il est de surcroît déraciné et qu'il ne comprend pas ce qui lui arrive.
On lui propose, en conséquence, de faire un séjour à la CRR [réd. : clinique romande de réadaptation].
On le montrera au Dr V. _____ puisqu'on suspecte une lésion de type SLAP, probablement sur la base de l'anamnèse. On verra aussi si on veut faire un examen neurologique avec ENMG pour être sûr de ne rien manquer.
Le patient est tout à fait d'accord de se rendre dans cet établissement. »

L'assuré a séjourné à la CRR du 26 novembre au 17 décembre 2014.

Dans son rapport du 10 décembre 2014, le Dr V. _____, médecin consultant à la CRR et spécialiste en chirurgie orthopédique, relevait ce qui suit :

« **ANAMNESE**

Patient de 38 ans, ayant présenté un traumatisme en septembre 2013 au niveau de sa ceinture scapulaire D. Le patient décrit un mouvement de chute avec abduction du corps, le bras en abduction. Sensation de déboîtement de cette épaule avec impression d'une remise en place spontanée.

Depuis, il a présenté plusieurs épisodes de sensations de bras mort au niveau de ce MSD. Nette limitation de toutes les activités nécessitant l'utilisation du MSD. Douleur nocturne. Ne peut pas dormir sur cette ceinture scapulaire D.

EXAMEN CLINIQUE

A l'examen clinique, pas d'atrophie des fosses sus- et sous-épineuses. L'examen est difficile par une sévère auto-limitation. Pour moi, cette auto-limitation est nette avec entre autre une élévation possible à peine à 90°, une rotation externe par contre en prenant un peu de temps, possible jusqu'à 45°. L'abduction également est inférieure à 90° mais avec une sévère contraction musculaire. Rotation interne impossible.

Le reste de l'examen pour moi est ininterprétable vu la douleur et cette auto-limitation.

IMAGERIE

Sur le bilan RX à disposition (RX standards et IRM) : sur la RX, je note un bord antérieur de glène au contour mal dessiné.

Sur l'IRM par contre, je ne note pas de lésion de Hill-Sachs ni de lésion de Bankart. Impression d'un ligament gléno-huméral inférieur un peu détendu. Mise en évidence également sur les clichés axiaux de structure intra-articulaire dont l'origine pour moi reste peu claire.

APPRECIATION ET DISCUSSION

Personnellement, je me pose la question de savoir si ce patient ne présente pas une véritable instabilité antéro-inférieure de cette épaule D. L'examen est difficile et peu concluant.

L'IRM faite très rapidement après le traumatisme est également peu concluante pour ce diagnostic.

Dans ce contexte, je vous propose d'effectuer une nouvelle arthro-IRM de l'épaule D avec injection concomitante de cortisone et d'un anesthésiant. Après l'injection intra-articulaire, rapidement examiner le malade à la recherche d'une instabilité ou d'une appréhension de cette épaule.

Pour ce qui est de la rééducation, toute rééducation passive semble impossible. Dans ce contexte, balnéothérapie recommandée et exercices en actif également recommandés.

Vu que l'évolution est déjà lente et peu évolutive, se poser la question d'une arthroscopie à but diagnostique. En rediscuter une fois le bilan RX effectué. »

Le rapport établi le 16 janvier 2015 par le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique, relevait notamment ce qui suit :

« **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- **Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles chroniques de l'épaule droite.**

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- **Probable instabilité de l'épaule droite**
Chute dans les escaliers le 30.09.2013 avec notion de distorsion de l'épaule droite.
- **Remaniements de la partie inférieure de la glène et désinsertion du ligament gléno-huméral inférieur (Arthro-IRM épaule droite du 15.12.2014)**
- **Infiltration de l'épaule droite en octobre 2013**
- **Infiltration de l'épaule droite (Rapidocaïne 1% et 40 mg Kenacort) le 15.12.2014**

[...]

ANTECEDENTS

- **Nihil**

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont une mobilité réduite, et des douleurs de l'épaule droite localisées sur le compartiment antérieur (en regard du sillon bicipital et sous acromial) s'étendant en arrière, constantes. Les douleurs sont décrites comme une rage de dent, d'intensité estimée de 5 à 10/10 sur l'EVA, soulagées par le repos et augmentées par les mouvements. Douleurs insomniantes. Le patient se plaint de fourmillements au bord cubital de l'avant-bras droit et à la face dorsale de tous les doigts à droite avec sensation de démangeaisons. Le patient transmet qu'il n'y a pas eu d'évolution de la mobilité, toutefois amélioration des douleurs depuis août-septembre 2014 avec meilleur sommeil (l'amélioration globale des douleurs est estimée à 50 % depuis janvier 2014).

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

- *Radiographies de l'épaule droite du 30.09 et du 11.10.2013* : pas de lésion osseuse, rapports articulaires conservés.
- *Arthro-IRM de l'épaule droite du 01.11.2013* : discrète tendinopathie du sus-épineux. Très bonne trophicité musculaire, absence d'œdème osseux, absence de signes indirects de capsulite.
- *Radiographie épaule droite du 28.11.2014* : bec acromial type 2. Aspect remanié du bord antérieur de la glène.
- *Arthro-IRM de l'épaule droite du 15.12.2014* : distension du ligament gléno-huméral inférieur qui paraît désinséré. Fissure du cartilage glénoïdien inférieur. Aspect des tendons de la coiffe intègre.

- Les diagnostics suivants ont été posés durant le séjour :

Sur le plan orthopédique : **probable instabilité de l'épaule droite**, chez un patient rapportant avoir eu la sensation que son épaule se déboîtait lors de sa chute, chez qui la radiographie actuelle montre un aspect remanié du bord antéro-inférieur de la glène et dont l'arthro-IRM réalisée durant le séjour montre une désinsertion du ligament gléno-huméral inférieur associée à des lésions du bourrelet du cartilage avoisinant.

Sur le plan neurologique : aucun (cf. ENMG du 03.12.2014).

Pendant le séjour, le patient a été présenté à notre consultant en chirurgie de l'épaule. L'examen du patient est limité par les auto-limitations et il est impossible d'évaluer d'éventuels signes d'instabilité ou d'appréhension. Chez un jeune patient, dans le contexte de douleurs persistantes, une arthroscopie à but diagnostique est proposée dans un premier temps.

[...]

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste des diagnostics).

Des facteurs contextuels, comme l'absence de qualification ou la non maîtrise du français chez un patient évaluant très bas le niveau d'activité qu'il peut réaliser et ayant une peur du mouvement, jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (cf rapports annexés) :

- Physiothérapie

Le traitement antalgique a été renforcé dès l'admission avec introduction du Tramal que le patient a mal toléré (sédation), remplacé par du Co-Dafalgan à une dose de 1cp 4x/j que le patient a mieux toléré, sans effet significatif sur les douleurs.

Le 15.12.2014, une infiltration intra-articulaire de l'épaule droite est réalisée dans le même temps que l'arthro-IRM (Rapidocaïne et Kenacort), sans amélioration notable des amplitudes ou des douleurs dans les 30 minutes qui ont suivi le geste.

L'évolution subjective et objective est non significative (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne, chez un patient qui est resté centré sur ses douleurs et qui n'a pas pu s'investir dans les traitements actifs et en balnéothérapie.

Hormis l'appréciation par le patient de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis et les auto-limitations, aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes ont été retenues : les activités nécessitant l'élévation de l'épaule au-delà de l'horizontal, des mouvements répétés du membre supérieur droit, le port de charges répété supérieur à 5 kg.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

M. S._____ a rendez-vous à la consultation du Dr L._____ le 23.01.2015 afin de discuter d'une arthroscopie à visée diagnostique comme mentionné plus haut.

Il est encore trop tôt pour se prononcer sur les possibilités de reprise de son activité de poseur de fenêtres. Le patient a toujours son contrat de travail et souhaite pouvoir reprendre son activité.

[...]

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE POSEUR DE FENÊTRE

- 100% du 26.11 au 23.01.2015.

TRAITEMENT A LA SORTIE

CO DAFALGAN 500/30 MG CPR PELL, 1 - 1 - 1 - 1 CPR, * PER OS

[...]

BRUFEN 400 MG CPR PELL, PAR 24 h : 3*1cpr, 3 per os, 1 cp avec repas si douleurs max 3*/j Motif de la réserve : si douleurs

[...]. »

Dans son rapport du 10 février 2015, le Dr L._____ indiquait que l'assuré avait bénéficié d'un séjour à la CRR mais que selon ses dires, il n'y avait pratiquement aucune amélioration au niveau de la mobilité. Par contre, il voyait une légère péjoration avec augmentation des douleurs. Aucune médication actuelle. A l'examen clinique, la mobilité était légèrement diminuée par rapport à l'examen précédent. Le patient décrivait aussi des sensations de « fourmillements » qui se propagent depuis l'épaule jusqu'à la main droite. Le traitement actuel consistait en AINS - Irfen 800 mg retard 2x/jour et Pantaprazol 20 mg 1x/jour. Le Dr L._____ relevait que l'indication à une intervention chirurgicale était clairement donnée, à savoir une arthroscopie de l'épaule droite, avec arthrolyse, ténotomie/ténodèse du long chef du biceps. Il estimait la durée du traitement à environ six mois après opération. L'incapacité totale de travail était maintenue.

Le 18 février 2015, le Dr C._____ a donné son accord à l'intervention chirurgicale proposée.

Le protocole post-opératoire du 15 mai 2015 indiquait que l'intervention avait eu lieu le 13 mai précédent. Il était relevé notamment ce qui suit :

« **Arthroscopie par voie postérieure :**

- Cartilage articulaire : Lésion de Hill-Sachs au niveau de la tête humérale. Au niveau du labrum, il y a une lésion au niveau de la partie antérieure stade II/III selon Outerbridge. Bourrelet glénoïdien. (Une partie manque ici...). Bonne qualité de la capsule.
- Tendon du sous-scapulaire : intact.
- Tendon du long chef du biceps : ras.
- Coiffe des rotateurs : ras.
- [...]. »

L'avis de sortie du 6 juillet 2015 indiquait que l'assuré avait séjourné dans le Service d'orthopédie des B. _____ du 13 au 15 mai 2015, que l'intervention s'était déroulée sans complications, que les suites opératoires étaient simples et afebriles et les douleurs bien contrôlées par une antalgie simple.

Dans son rapport du 15 juillet 2015, le Dr L. _____ indiquait qu'à la consultation du 22 juin précédent, l'évolution était favorable. Le patient décrivait encore des douleurs jusqu'à 3/10 au repos ainsi que des douleurs nocturnes. La médication consistait en de l'ibuprofen 600 mg deux fois par jour en fonction des douleurs ainsi qu'en séances de physiothérapie. Au status, les cicatrices étaient calmes, sans signe d'inflammation et il n'avait pas constaté de trouble neurovasculaire périphérique. Il prévoyait une consultation à quatre mois après intervention et prévoyait que le traitement durerait environ six mois après intervention s'il n'y avait pas de complication. L'incapacité totale de travail demeurait.

Dans son rapport du 11 décembre 2015, le Dr L. _____ indiquait avoir vu l'assuré à sa consultation du 23 octobre précédent. Il posait comme nouveau diagnostic une capsulite rétractile post opératoire de stade I. Il décrivait l'évolution comme stagnante, le patient décrivant des douleurs persistantes. Il précisait que la physiothérapie avait dû être interrompue après quelques séances en raison des douleurs et qu'un nouvel essai était en cours. L'assuré décrivait également une persistance des paresthésies et fourmillements au niveau des 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main droite. La médication était toujours de l'ibuprofen 600 mg deux fois

par jour. Au status, l'examen clinique était superposable à l'examen précédent, avec au niveau de la main droite une hyposensibilité au niveau des 4^{ème} et 5^{ème} doigts et un Tinel au niveau du nerf ulnaire au niveau du coude négatif. Un pronostic était difficile à donner vu la capsulite rétractile post opératoire. Il proposait que son patient soit examiné par un spécialiste en neurologie, le Dr G._____. La prochaine consultation était prévue le 22 janvier 2016 et le Dr L._____ estimait la durée du traitement à dix-huit mois post opératoires selon l'évolution de la capsulite. L'incapacité de travail demeurait totale.

Dans son rapport du 25 novembre 2015 à l'attention du Dr L._____, le Dr G._____ indiquait avoir reçu l'assuré à sa consultation du jour précédent. Il relevait que l'anamnèse prise auprès du patient était difficile, en raison d'une part de ses capacités limitées en français, d'autre part dans le cadre d'une certaine instabilité des renseignements fournis. De même, l'examen clinique avait été difficile à cause des nombreuses fluctuations. Dans son appréciation du cas, il indiquait que, dans le cadre d'un examen clinique difficile car le patient faisait beaucoup de lâchages et modifiait sa collaboration, il n'avait finalement pu aboutir qu'au diagnostic d'une atteinte de la branche profonde du nerf cubital dans la main droite, éventuellement associée à une atteinte de la branche sensitive dorsale du nerf cubital droit. La relation avec l'accident était impossible à établir sur le plan anamnestique, l'assuré n'étant pas très au clair sur le fait qu'il y aurait eu ou non également une blessure au niveau de la main lors de l'accident. Il proposait de regarder, sur le plan radiologique, l'état de la loge de Guyon de sa main droite soit par radiographie simple (mais il ne pensait pas qu'il y ait de lésion osseuse visible), soit par ultrason, soit éventuellement par IRM s'il n'était pas possible de trouver des anomalies. Il fallait rechercher soit une arthrose entre le semi-lunaire et le cubitus ou éventuellement entre le pisiforme et le cubitus.

Par lettre du 26 janvier 2016, le Dr L._____ a requis du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, traumatologique et de la main, son avis sur une éventuelle indication chirurgicale en ce qui

concerne le problème au niveau du nerf cubital. Ce dernier a adressé l'assuré au Dr T._____, spécialiste en neurologie.

Dans son rapport du 16 février 2016, le Dr L._____ indiquait avoir vu l'assuré à sa consultation du 22 janvier précédent. Il relevait que l'évolution était stagnante en ce qui concerne la mobilité : l'assuré ne voyait pratiquement aucune amélioration après les séances de physiothérapie mais constatait une augmentation des douleurs après celles-ci. La médication restait inchangée. Au status, l'examen clinique était superposable au précédent. Il proposait que soit effectuée une arthro-IRM afin d'évaluer l'état de la coiffe et du cartilage.

Dans son rapport du 15 mars 2016 au Dr H._____, le Dr T._____ indiquait notamment ce qui suit :

« **RAPPEL ANAMNESTIQUE**

Il s'agit d'un patient de 40 ans, droitier, [...]. Il est au bénéfice d'une médication de Nexium et de Brufen.

Le 30 septembre 2013 il a présenté une luxation de l'épaule droite avec lésion Glad et une lésion de Hill Sachs, qui a été opérée par le Dr L._____ par arthroscopie au niveau de cette épaule le 13 mai 2015 avec plastie capsulo-ligamentaire antérieure. L'évolution est plutôt stagnante.

Toujours est-il que depuis l'intervention il se plaint de paresthésies occupant le territoire cubital de la main droite, ascendant jusqu'au coude, accompagnées d'un manque de sensibilité dans le territoire des paresthésies et subjectivement d'un manque de force de préhension. Les symptômes ne sont ni insomniants ni exacerbés en Valsalva. Il n'y a pas de cervicalgies.

[...]

APPRECIATION

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, je confirme la présence d'une discrète neuropathie cubitale au passage du coude droit, caractérisée par un ralentissement significatif des vitesses de conduction sensitive. Par contre il n'y a pas de ralentissement des vitesses de conduction motrice. La latence dérivée par aiguille au niveau du cubital antérieur droit est physiologique tant en latence qu'en amplitude. J'ai encore vérifié les latences des réponses F pour les troncs médian et cubital au poignet qui sont physiologiques, écartant une souffrance plexulaire sous-jacente.

Il y a probablement eu un facteur d'appui, soit au décours soit dans les suites de l'intervention, au niveau du coude droit, responsable de cette symptomatologie essentiellement irritative et très discrètement déficitaire du point de vue sensitif uniquement. Une approche conservatrice est à mon avis à prévoir en première intention avec application de Flector Tissugel au niveau de la gouttière épitrochléo-olécrânienne et le port d'une coudière rembourrée. De toute façon il n'est pas opérable pour l'instant mais

il n'y a pas non plus d'indication tant que les mesures conservatrices n'ont pas été mises en place. Je n'ai aucun élément en faveur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire.
[...]. »

Le 13 avril 2016, le Dr H._____ a écrit au Dr L._____ en ces termes :

« J'ai revu ce jour à ma consultation le patient susnommé qui a bénéficié d'un 2^{ème} avis neurologique auprès du Dr T._____ qui évoque une neuropathie cubitale au coude droit débutante.
Si cette neuropathie pourrait malgré tout, au vu de la gêne et des déficits constatés, justifier une sanction chirurgicale, une telle intervention n'est pour l'instant pas possible compte tenu de l'importante limitation fonctionnelle de l'épaule droite.
J'ai donc conseillé à Monsieur S._____ que tu reverras prochainement (le 22.04.2016) de poursuivre sa rééducation et de me recontacter lorsque la situation de l'épaule sera « normalisée ». Nous pourrions alors, en cas de neuropathie persistante et suffisamment dérangeante réévaluer l'indication à une sanction chirurgicale. »

Une note concernant une réunion « case team du 27.04.2016 » indique que le médecin-conseil (le Dr C._____) a pris connaissance de la situation. Afin de clarifier le dossier au niveau médical, il a été décidé d'adresser l'assuré pour un 2^{ème} avis auprès du Prof Q._____.

Le rapport radiologique établi le 25 avril 2016 par le Dr Y._____ du Centre d'imagerie de [...] relatif à l'IRM de l'épaule droite de l'assuré effectuée en date du 20 avril précédent concluait à l'existence d'une tendinopathie du sus-épineux avec déchirure intratendineuse après probable opération d'une lésion de type Bankart ainsi que d'une ancienne déchirure du labrum antéro-inférieur.

Dans son rapport du 25 mai 2016, le Dr L._____ indiquait que l'évolution était stagnante en ce qui concerne les douleurs, le patient ne notant pratiquement aucune amélioration. Au niveau de la mobilité, il avait constaté lors de la consultation du 21 avril précédent une légère amélioration des amplitudes. La médication restait inchangée (Brufen 600 deux fois par jour) ; il n'y avait pas de séances de physiothérapie mais celles-ci pourraient être reprises selon l'évolution. Son pronostic était défavorable. La durée du traitement restait fixée à environ une année et

demie après opération. Le médecin relevait que l'arrêt de travail à 100 % durerait vraisemblablement jusqu'à une année et demie après opération (à réévaluer). Il précisait qu'il ne voyait pas d'indication à un traitement chirurgical et qu'il fallait attendre jusqu'à dix-huit mois post opératoires afin d'évaluer l'évolution de la capsulite.

Dans son rapport du 29 août 2016, le Prof Q._____, chef du Service d'orthopédie et traumatologie du Département K._____ (ci-après : K._____) du Centre hospitalier I._____ (ci-après : I._____) exposait avoir reçu l'assuré à sa consultation du 23 août précédent. Il posait les diagnostics de syndrome douloureux post-traumatique scapulo-brachial droit et de status après arthroscopie de l'épaule droite en mai 2015 avec plastie capsulo-ligamentaire antérieure et micro-fractures. Il relevait en outre notamment ce qui suit :

« **Anamnèse**

Patient de 23 ans (réd. : recte : 40 ans), poseur de fenêtre, en bonne santé habituelle.

Monsieur S._____ consulte pour l'épaule D. Traumatisme le 30 septembre 2013. Pour éviter une chute, se retient à des branches et à des fleurs avec mouvement d'entorse en abduction rotation externe. Développement de douleurs chroniques motivant de nombreuses séances de physiothérapie ainsi qu'un séjour à la CRR en novembre/décembre 2014. Prise en charge chirurgicale en mai 2015 avec arthroscopie et plastie capsulo-ligamentaire antérieure et micro-fractures. Evolution défavorable. Le patient décrit actuellement d'intenses douleurs scapulo-brachiales D ainsi que de dysesthésies dans les doigts 3 et 4 entraînant un handicap durant les activités quotidiennes. Pas d'amélioration malgré 4 mois de physiothérapie au centre thermal [...]. Prend régulièrement 1 comprimé de Brufen® à 600 mg. N'a pas repris son activité professionnelle depuis septembre 2013.

Status

Patient droitier. Absence d'atrophie musculaire significative au niveau des fosses sus et sous-épineuses D et au niveau du deltoïde D. Activement la flexion se bloque par auto-limitation à 90°. Abduction à 30°, rotation externe coude au corps à 0°, rotation interne fesse. Passivement le patient oppose une forte résistance active en invoquant des douleurs marquées à l'épaule D. La force paraît conservée au niveau de la main. Le testing de la force en rotation interne ou externe de l'épaule D est difficile en raison des douleurs.

Examens complémentaires

L'arthro-IRM de l'épaule D réalisée en avril 2016 met en évidence une coiffe des rotateurs en continuité avec une excellente trophicité musculaire, long biceps en place en intra-articulaire dans la gouttière bicipitale. Chondropathie dans la partie antérieure de la glène.

Conclusions, traitement et évolution

Monsieur S. _____ présente un syndrome douloureux chronique post-traumatique D avec impotence fonctionnelle active liée à une importante auto-limitation. L'examen clinique est aspécifique. L'arthro-IRM réalisée en avril 2016 est plutôt rassurante et ne met pas en évidence de lésions significatives de la coiffe ni au niveau gléno-huméral qui serait susceptible d'expliquer l'importance des douleurs et de la limitation fonctionnelle. Il est probable que des facteurs extra-orthopédiques influencent également l'évolution actuelle.

Dans ce contexte, je ne retiens pas d'indication à une révision chirurgicale. Une prise en charge à la CRR pourrait être proposée au patient.

[...]. »

Le 22 novembre 2016, l'assuré a été vu par le Dr C. _____ à la demande du service administratif de la CNA pour faire le point de la situation. Dans son rapport d'examen final du même jour, le médecin d'arrondissement relevait notamment ce qui suit :

« Déclarations de l'assuré

Le patient, qui ne parle que quelques mots de français et qui est venu avec un ami, dit que son épaule D ne va pas. Il a toujours des douleurs importantes, comme si cette articulation était « serrée ». Il est passablement gêné dans les AVQ. Il fait beaucoup de choses avec la main G. Il signale également des fourmillements sur le versant cubital de l'avant-bras D jusque dans les 2 derniers doigts de la main D. L'intervention du 13.05.2015 n'aurait servi à rien.

Il n'y a plus de traitement à proprement parler. Le patient prend quotidiennement 2 x 600 mg de Brufen® par jour. Il a aussi un gastroprotecteur. Il doit revoir le Dr L. _____ le 16.12.2016.

Le patient n'a pas de nouvelles de l'AI depuis qu'il s'est annoncé à cette institution.

Constatations

Il s'agit d'un patient de 40 ans, trapu et bien musclé, à la thymie légèrement abaissée, en état général conservé.

Epaule droite

La ceinture scapulaire est toujours légèrement basculée vers la D mais il n'y a pas d'amyotrophie notable de l'épaule D.

L'épaule D est souple jusqu'à l'horizontale, difficilement mobilisable au-delà, chez un patient qui se défend et qui réalise une ample projection postérieure du tronc pour se dérober à l'élévation de l'épaule qu'on essaie de lui imposer.

Le Jobe est tenu. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel.

La mobilité active reste apparemment limitée avec une élévation et une abduction qui ne dépassent pas 90°. La rotation externe coudes au corps atteint 10° par rapport à 40° à G. En rotation interne, le dos de la main D vient en contact avec le bas de la colonne lombaire.

Les ROT sont normo-vifs, symétriques.

Le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux, notamment dans le territoire du nerf cubital à D.

A l'examen de la sensibilité, le patient décrit une discrète hypoesthésie sur le versant ulnaire du tiers distal de l'avant-bras D et de la main D.

Appréciation

Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 07.10.2014 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut..

[...]

Il faut bien reconnaître qu'il n'y a jamais eu chez ce patient de corrélation claire entre l'examen clinique et l'imagerie médicale.

On a parlé de capsulite, puis d'instabilité sur la base de l'anamnèse et d'une nouvelle arthro-IRM lors du séjour à la CRR, mais tous les examinateurs ont surtout été confrontés à une épaule inévaluable, avec des amplitudes articulaires changeantes, sans qu'il soit possible de faire la part des choses entre schéma capsulaire et autolimitation.

Du point de vue thérapeutique, il n'y a rien à entreprendre.

On peut bien réadresser le patient à la CRR mais, à 18 mois de l'intervention et en l'absence de progression de la mobilité, il est pratiquement sûr qu'il en sortira comme il y sera entré.

S'agissant de la discrète neuropathie cubitale au passage du coude D, elle me semble banale et sans relation claire avec l'accident et ses suites.

S'il est évident que M. S. _____ ne peut plus travailler comme poseur de fenêtres, il conserve une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi.

Les limitations fonctionnelles sont essentiellement les charges moyennes, les bras en porte-à-faux, et les travaux au-dessus de la ligne des épaules.

Si on se réfère à la table 1 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/1.f-2000, un taux de 15% peut être retenu en présence d'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. »

Par courrier du 4 janvier 2017, la CNA a informé l'assuré que, selon les conclusions de l'examen du 22 novembre 2016 effectué par son médecin-conseil, il n'y avait plus d'indication pour un traitement médical. Par conséquent, elle mettait fin au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2017. Elle lui indiquait par ailleurs qu'elle allait examiner si elle pouvait lui allouer d'autres prestations, notamment une rente d'invalidité et qu'elle l'informerait dès que possible du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui lui serait octroyée.

Par décision du 17 janvier 2017, la CNA a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité pour le motif qu'une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident n'existait pas. En effet, selon ses

investigations, notamment médicales, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition de travailler à hauteur de table ou d'établi. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu même supérieur au gain de 4'750 fr. (part au 13^{ème} salaire comprise) réalisable avant l'accident. En ce qui concerne l'IPAI, compte tenu de l'appréciation médicale, une atteinte à l'intégrité de 15 % devait être admise (18'900 fr. pour un gain annuel de 126'000 fr.).

Par courrier du 27 janvier 2017, l'assuré, désormais représenté par Me Philippe Zumsteg, avocat à Neuchâtel, a contesté en son entier la teneur du courrier du 4 janvier 2017.

Dans le délai prolongé au 2 mars 2017, soit le 23 février 2017, l'assuré a formé opposition à la décision de la CNA du 17 janvier précédent. Il a requis l'octroi de l'assistance gratuite d'un conseil juridique en la personne de Me Zumsteg avec effet au 26 janvier 2017. L'assuré a pris les conclusions suivantes :

« *Principalement*

3. Annuler la décision de la SUVA du 17 janvier 2017.
4. Avec effet immédiat au 1^{er} mars 2017, reprendre le versement des indemnités journalières jusqu'à droit connu au fond.
5. Constater que le taux d'invalidité de M. S. _____ est de 100% dans n'importe quelle activité même adaptée.
6. Accorder une rente d'invalidité en fonction d'un taux d'invalidité de 100%, ou ce que justice connaîtra.
7. Accorder à M. S. _____ une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% de son gain assuré, soit CHF 31'500.- avec intérêts à 5% dès le jour de l'accident, sous déduction du montant déjà versé de CHF 18'900.-.

Subsidiairement

8. Mettre en œuvre une expertise médicale neutre et indépendante auprès d'un rhumatologue et/ou orthopédie ainsi qu'un psychiatre établi dans le canton de Neuchâtel. »

L'opposant a fait principalement valoir en bref qu'il est impotent et qu'à ce titre une rente d'invalidité doit lui être servie (subsidiatement et jusqu'à droit connu les indemnités journalières devant continuer à être versées) ainsi qu'une IPAI de 25 %. Il soutenait que le rapport final réalisé par le Dr C. _____ n'avait aucune valeur probante

dès lors qu'il ne contenait aucune anamnèse, que les limitations fonctionnelles décrites ne correspondaient pas à celles résultant des dossiers de la CNA et de l'OAI et qu'il était par ailleurs en contradiction avec les avis médicaux du Dr L._____ et du Prof Q._____, lequel estime qu'il présente toujours « un syndrome douloureux chronique post-traumatique avec impotence fonctionnelle active ». Il a fait valoir en outre souffrir de de troubles « psychogènes » en causalité naturelle et adéquate avec l'accident. Selon lui, du fait de ses troubles organiques et de ses atteintes psychiques, une diminution de rendement de 50 % dans n'importe quelle activité adaptée devrait être retenue. Il a évoqué à cet égard le fait que l'OAI n'avait alloué aucune mesure de reclassement professionnel. L'assuré a aussi contesté les activités adaptées retenues par la CNA, à savoir les cinq rapports d'enquête économique (ci-après : DPT) figurant au dossier, à savoir celles d'assembleur, de préparateur, de nettoyeur de vitre, d'empileur et d'ouvrier à l'ébavurage, pour le motif qu'elles n'étaient pas conformes aux limitations fonctionnelles qu'il présente et qu'elles étaient « irréalistes » compte tenu du marché de l'emploi, de sa formation, des problèmes de langue, d'âge etc. L'opposant a encore contesté le calcul du degré d'invalidité en faisant valoir que sans l'accident il travaillerait pour une entreprise spécialisée à 100 % pour un salaire mensuel de 5'400 fr. (13^{ème} salaire compris) alors qu'il ne peut désormais plus exercer dite activité ni aucune autre, de sorte que le revenu avec invalidité est de 0 francs. En ce qui concerne l'IPAI, l'assuré a fait valoir que, compte tenu de la gravité de l'accident et des atteintes importantes au membre supérieur droit notamment, une IPAI de 25 % était un minimum compte tenu du fait qu'il est droitier.

Le 5 avril 2017, l'assuré a produit les « derniers certificats médicaux » établissant une incapacité totale de travail jusqu'au 30 avril 2017 au moins (Dr L._____). La CNA l'a mis au bénéfice de l'assistance juridique gratuite et a désigné Me Zumsteg comme mandataire d'office.

Par décision sur opposition du 19 septembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition et a retiré tout effet suspensif à un éventuel recours. Considérant que le litige portait sur le refus de toute rente d'invalidité et

sur le taux de l'IPAI, elle a rappelé que selon la jurisprudence, les rapports des médecins internes à l'assureur ont pleine valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent comme concluants, vierges de contradictions intrinsèques et qu'ils ne laissent subsister aucun indice contre leur bien-fondé. En ce qui concerne l'examen médical final du 22 novembre 2016 pratiqué par son médecin d'arrondissement, la CNA a indiqué que celui-ci, après avoir eu connaissance de l'ensemble du dossier médical de l'assuré, avait estimé que du point de vue thérapeutique, aucune mesure n'était à entreprendre, que l'évaluation des séquelles de l'accident au niveau de l'épaule s'avérait difficile, que la corrélation entre l'imagerie médicale et l'examen clinique n'était pas claire et qu'il avait noté une auto-limitation lors de l'évaluation clinique. Il en avait conclu que si l'activité de poseur de fenêtres n'était plus exigible, une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité légère de type industriel, sans port de charges moyennes, ni de bras en porte-à-faux et de travaux au-dessus de la lignée des épaules était possible à 100 %. La CNA considérait que le rapport médical final avait pleine valeur probante.

Par ailleurs, les cinq DPT retenues par la CNA correspondaient aux limitations fonctionnelles décrites par le médecin d'arrondissement et démontraient qu'il existe, sur le marché du travail, des emplois adaptés à la situation de l'assuré dès lors qu'ils ménagent l'épaule droite. Le gain avec invalidité réalisable était ainsi de 58'378 fr. 40. Aussi la comparaison entre ce gain et le revenu sans invalidité calculé selon les données fournies par l'employeur, à savoir 56'995 fr. (24 fr. 38 * 2158 heures + 8,33 %) ne révélait pas de perte de gain, partant n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. La CNA relevait par ailleurs que le revenu sans invalidité indiqué par l'assuré ne reposait sur aucune pièce, que les certificats d'incapacité totale de travail établis durant le traitement médical et se référant à l'activité usuelle de l'assuré n'étaient pas pertinents pour déduire une totale incapacité de gain, que le dossier médical ne contenait aucune référence à d'éventuels troubles psychogènes et relevait enfin que le Prof Q._____ avait précisé que le syndrome douloureux chronique post-traumatique avec impotence fonctionnelle active était liée à une importante auto-limitation et qu'on ne

pouvait dès lors en déduire l'existence d'une impotence. En ce qui concerne le calcul de l'IPAI, la CNA rappelait que la problématique devait être appréhendée exclusivement sous un angle médical et que l'évaluation par le Dr C. _____ qui, se référant à la table 1 élaborée par elle-même en conformité avec l'annexe 3 OLAA selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses), avait considéré qu'un taux de 15 % pouvait être retenu en présence d'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale était correcte et ne saurait être remise en cause par une argumentation médicalement non étayée (l'opposant ayant fait valoir sur ce point que l'on devait considérer son bras droit comme étant "amputé").

B. **a)** Par acte du 20 octobre 2017, S. _____, représenté par Me Zumsteg, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue par la CNA le 19 septembre précédent. Il a pris les conclusions suivantes :

« Principalement

3. Annuler la décision de la SUVA du 19 septembre 2017.
4. Constaté que le taux d'invalidité de M. S. _____ est de 100% dans n'importe quelle activité même adaptée, ou ce que justice connaîtra.
5. Accorder une rente d'invalidité en fonction d'un taux d'invalidité de 100%, ou ce que justice connaîtra.
6. Accorder à M. S. _____ une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% de son gain assuré, soit CHF 31'500.- avec intérêts à 5% dès le jour de l'accident, sous déduction du montant déjà versé de CHF 18'900.-, ou ce que justice connaîtra.
7. Condamner la SUVA à tout frais judiciaires, dépens et honoraires.

Subsidiairement

8. Annuler la décision de la SUVA du 19 septembre 2017.
9. Ordonner et mettre directement en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire externe, neutre et indépendante.
10. Désigner les médecins suivants à titre d'experts [...].
11. Accorder une rente d'invalidité à M. S. _____ conformément aux résultats de l'expertise à intervenir.
12. Accorder à M. S. _____ une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% de son gain assuré, soit CHF 31'500.- avec intérêts à 5% dès le jour de l'accident, sous déduction du montant déjà versé de CHF 18'900.-, ou ce que justice connaîtra.
13. Condamner la SUVA à tout frais judiciaires, dépens et honoraires.

Plus subsidiairement

14. Annuler la décision de la SUVA du 19 septembre 2017.

15. Renvoyer la cause à la SUVA pour nouvelle instruction au sens des considérants.
16. Condamner la SUVA à tout frais judiciaires, dépens et honoraires. »

Le recourant a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 septembre 2017 avec désignation de Me Zumsteg en tant que mandataire d'office. Au fond, le recourant reprend l'argumentation qu'il a développée dans son acte d'opposition tant en ce qui concerne le droit à une rente entière d'invalidité, qu'en ce qui concerne le taux de l'IPAI. Il précise notamment ce qui suit :

« [...] l'examen médical réalisé par le médecin de la SUVA n'est pas probant. Il ne contient aucune anamnèse complète. Il n'est pas suffisamment étayé pour permettre une cohérence entre le contenu et les conclusions. Il a été réalisé par le médecin référent de la SUVA (médecin d'arrondissement), partial et dépendant de l'assurance. Dès lors il n'a aucune valeur probante.

De plus et dans la mesure où les médecins du recourant ont des points de vue sensiblement différents, qu'ils connaissent mieux le patient et se fondent sur un suivi de longue durée, il y a lieu de s'en tenir à leurs appréciations qui elles, ont pleines valeurs probantes. A défaut et conformément à la jurisprudence, il convient d'ordonner une nouvelle expertise médicale complète, neutre et indépendante, que votre Autorité devra directement mettre en œuvre conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (nous y reviendront ultérieurement).

En outre et quel que soit le taux d'incapacité de travail retenu, il convient de constater que l'activité prétendument réalisable du point de vue de la SUVA ne permettrait en tous les cas pas d'obtenir un tel revenu compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant.

En effet, il convient de prendre en compte non seulement de la réalité médicale réelle et objective du recourant, mais également des possibilités réalistes et concrètes du marché du travail dans le cas particulier.

En l'espèce, le gain réalisable avec les atteintes à la santé est nul compte tenu notamment des limitations fonctionnelles, de l'absence de formation, du peu de compétence, de l'âge et du marché du travail.

Dès lors, la perte de gain est totale et il convient d'accorder une rente au recourant.

[...]

La SUVA n'a à aucun moment effectué ou ordonné une expertise médicale externe et/ou pluridisciplinaire afin de clarifier la situation médicale du recourant. Pour ce motif déjà, la décision doit être annulée.

Si une rente entière n'est pas directement accordée au recourant par votre Autorité, une expertise médicale pluridisciplinaire externe doit être ordonnée (médecine interne, chirurgie orthopédique, neurologie).

En effet, lorsque les appréciations d'observations professionnelles et médicales divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, ont de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral I 540/03 du 10 novembre 2004 consid 4.1). [...]. »

Le recourant a produit une liasse de pièces.

Par décision du 25 octobre 2017, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 20 octobre précédent et a désigné Me Zumsteg comme conseil d'office.

Par réponse du 2 février 2018, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, a conclu au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. Après s'être référée aux dispositions légales mentionnées dans sa décision sur opposition, elle fait valoir en bref, pour ce qui est de la problématique de l'invalidité du recourant, qu'il n'incombe pas à la CNA de lui trouver un emploi et de traduire dans les faits des « possibilités réalistes et concrètes du marché du travail » (p. 7-8), mais bel et bien de procéder à une estimation de son invalidité en se basant sur des emplois concrets exigibles à l'aune des seules limitations traumatiques, et non en tenant compte des desiderata de l'assuré et des facteurs étrangers à l'accident incriminé. Elle rappelle par ailleurs que le Dr C._____ est un spécialiste en chirurgie et un médecin d'arrondissement expérimenté, et non un « éminent médecin-guérisseur » comme tente de le rabaisser le recourant et qu'il a examiné le recourant à deux reprises. L'évaluation des séquelles accidentelles proprement dites, soit au niveau de l'épaule, s'est avérée difficile lors de l'examen final vu l'attitude d'auto-limitation adoptée par l'assuré ainsi que la mauvaise corrélation entre l'imagerie médicale et l'examen clinique. Au terme de son examen et de l'analyse complète du dossier du recourant, le médecin d'arrondissement a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : une activité légère de type industriel, sans port de charges moyennes, ni de bras en porte-à-faux et de travaux au-dessus de la lignée des épaules. Dans une telle activité adaptée, la capacité de travail du recourant est totale. C'est en tenant compte de ces limitations fonctionnelles objectives que la CNA a consigné

au dossier 5 DPT figurant parmi les nombreux postes existants, ce qui démontre que, sur le marché du travail, des emplois adaptés à la situation du recourant existent. Quant à l'IPAI retenue, 15 %, l'intimée estime choquant que le recourant compare sa situation à celle d'un assuré ayant subi une « amputation » du bras. Elle conclut qu'aucun élément scientifique et objectif ne permet de s'écarter de l'appréciation du médecin d'arrondissement, le Dr C._____.

Par réplique du 12 février 2018, le recourant a déclaré maintenir ses conclusions.

b) Par courrier du 27 septembre 2018, le juge instructeur a requis de l'OAI qu'il produise son dossier. Y figure notamment l'avis médical établi le 1^{er} septembre 2017 par le médecin du Service médical régional (SMR) de l'OAI, le Dr W._____, spécialiste en médecine du travail, qui indique notamment ce qui suit :

"Il [l'assuré] présenterait selon le Dr L._____ orthopédiste des B._____, le 08.01.14, un status post entorse de l'épaule D le 30.09.13 avec capsulite et lésion type SLAP syndrome de l'épaule D. L'IT (réd. : incapacité de travail) serait de 100% depuis, sans se prononcer sur une CTAA. Un séjour à la CRR fait suite du 26.11 au 17.12 du fait des LF (réd. : limitations fonctionnelles) chroniques de l'épaule D du fait du SLAP syndrome et du remaniement de la partie inférieure de la glène et de la désinsertion du ligament gléno-huméral inf., sans déficit sensitif-moteur. La situation était non stabilisée. Finalement une intervention intervient le 13.05.15 par arthroscopie, et en juillet, l'assuré peut partir en voyage 1 mois au Portugal. Un contrôle auprès du Dr L._____ le 30.10.15 et déc. 15 réitère le 100% d'IT, sans encore une fois se prononcer dans une AA (réd. : activité adaptée) ou un reclassement quelconque. Divers avis neurologiques évoquent en avr. 16 par la suite une neuropathie cubitale du coude D débutant dans le contexte d'un syndrome douloureux post traumatique scapulo-huméral D (Prof. Q._____, le 29.08.16 : chondropathie de la glène antérieure).

L'examen du médecin d'arrondissement du 22.11.16 confirme les diagnostics antérieurs avec CTAH (réd. : capacité de travail dans l'activité habituelle) nulle définitivement, mais par contre, il précise bien que l'assuré peut avoir une CTAA (réd. : capacité de travail dans une activité adaptée) de 100% selon les LF en p 5.

Vous demandez si les renseignements médicaux sont suffisants pour admettre une atteinte à la santé invalidante et dans l'affirmative de préciser comment compléter l'instruction.

Notre position : il existe donc une IT durable (cf. ci-dessus) au vu de l'atteinte, mais dans une AA en post op, la CT est de 100% depuis le 26.11.16 au moins dans un travail de type tertiaire au vu des LF en p

5 du RM (réd. : rapport médical) du MA (réd. : médecin d'arrondissement) Suva. Nous suivons en cela les conclusions du RM du MA Suva en fixant dès janv. 16, le 100% à plus de 6 mois de l'opération au vu des éléments au dossier.

Synthèse : l'IT durable est fixée au 30.09.13. L'IT est de 100% depuis. La CTAH est nulle définitivement, nous serions d'accord ; mais dans une AA, elle est de 100% dès le 01.01.16. *Les LF sont les suivantes* : cf. p 1. (réd. : cf. p. 5 du rapport médical du médecin d'arrondissement de la CNA).

Au total, nous suivons les conclusions, telles que formulées ci-dessus. Elles sont justes et convaincantes. »

Figure également au dossier de l'OAI la fiche relative au calcul de l'invalidité dont il ressort que le revenu sans invalidité se monte à 58'946 fr., le revenu avec invalidité à 67'185 fr. 97 (revenu de base de 66'453 fr. 12 indexé à 2016) et que le préjudice économique est de 0 francs. Il est notamment précisé ce qui suit :

"Source du RS (réd. : revenu sans invalidité) : Rapport employeur du 14.07.2014. Fr 28.74 de l'heure comprenant les vacances, congés et 13^{ème}, 42,5 heures par semaine. = Fr 58'446.- en 2014 que nous indexons à 2015 58'946.-

Sources médicales : Rapport SMR du 01.09.2017 et document SUVA du 19.09.2017 tenant en compte les LF suivantes : activité légère, sans port de charges moyennes, ni de bras en porte-à-faux et de travaux au-dessus de la lignée des épaules.

Exemples d'activités adaptées :

M. S._____ pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple, montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement. »

Le 9 octobre 2018, les parties ont été invitées à consulter le dossier de l'OAI et à déposer leurs éventuelles déterminations.

Le 10 décembre 2018, l'intimée a indiqué qu'elle n'avait pas de remarque particulière à formuler sur le dossier de l'OAI.

Le recourant ne s'est pas déterminé sur le dossier de l'OAI.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée.

c) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une

activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) En ce qui concerne le droit à la rente d'invalidité, le recourant conteste le point de vue de l'intimée, en tant que celle-ci se base sur l'évaluation médicale du Dr C._____, selon laquelle, la capacité de travail est totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelle suivantes : activité légère de type industriel, sans port de charges moyennes, ni de bras en porte-à-faux et de travaux au-dessus de la lignée des épaules. Il considère qu'elle n'a aucune valeur probante et fait valoir qu'il est impotent et qu'une rente d'invalidité de 100 % doit lui être servie. Pour sa part, l'intimée estime que l'examen final de son médecin d'arrondissement repose sur une connaissance complète du dossier médical et que ses conclusions, objectives et motivées sont

convaincantes eu égard notamment à l'évaluation clinique difficile due à l'attitude d'auto-limitation adoptée par le recourant.

b) Sur le plan médical, il est constant que le recourant présente un tableau clinique caractérisé par une atteinte à son épaule droite depuis l'accident du 30 septembre 2013 (chute dans les escaliers ou d'un escabeau selon les déclarations variables du recourant avec réception sur le bras droit). Dans le rapport médical initial du 16 décembre 2013, le Dr L._____ posait comme diagnostic une contusion de l'épaule droite avec suspicion d'une lésion de la coiffe des rotateurs tout en indiquant que les constatations radiologiques ne mettaient rien de spécial en évidence. Le traitement proposé était uniquement conservateur et antalgique. Le 6 février 2014, il posait comme diagnostics un status post entorse de l'épaule droite, une capsulite post traumatique de l'épaule droite légère et la suspicion d'une lésion SLAP. Le traitement restait conservateur et sa durée estimée à dix-huit mois selon évolution. Au vu de l'évolution stagnante, le recourant a été examiné une première fois par le Dr C._____ le 7 octobre 2014, qui a préconisé un séjour à la CRR. Lors de celui-ci, les spécialistes qui l'ont suivi sont arrivés à la conclusion de la possibilité d'une probable instabilité de l'épaule droite avec remaniements de la partie inférieure de la glène et désinsertion du ligament gléno-huméral inférieur (arthro-IRM du 15 décembre 2014. Tout en relevant que les examens avaient été rendus difficiles chez un patient qui s'auto-limitait, ils ont préconisé une arthroscopie à visée diagnostique. Le 20 février 2015, le Dr L._____ relevait que le patient se plaignait d'une augmentation des douleurs et également de sensations de fourmillements se propageant de l'épaule jusque dans la main droite. Selon lui, il y avait indication pour une intervention chirurgicale (arthroscopie de l'épaule droite, avec arthrolyse, ténotomie/ténodèse du long chef du biceps). Le recourant a été opéré par le Dr L._____ le 15 mai 2015. L'opération s'est déroulée sans complications, les suites opératoires ont été décrites comme simples et les douleurs bien contrôlées par une antalgie simple (cf. avis de sortie du 6 juillet 2015). Le 15 juillet 2015, le Dr L._____ indiquait que l'évolution était favorable, avec des douleurs jusqu'à 3/10 au repos. Toutefois, le 11 décembre 2015, il posait comme nouveau

diagnostic une capsulite rétractile post opératoire de stade I et décrivait l'évolution comme stagnante. Le recourant se plaignait de la persistance de douleurs et de paresthésies et fourmillements au niveau des 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main droite. C'est dans ce contexte que le recourant a été examiné par le Dr G._____, neurologue, qui a indiqué que l'examen clinique avait été difficile par un patient qui faisait beaucoup de lâchages et modifiait sa collaboration. Il n'avait finalement pu aboutir qu'au diagnostic d'une atteinte de la branche profonde du nerf cubital dans la main droite, éventuellement associée à une atteinte de la branche sensitive dorsale du nerf cubital droit. Le Dr G._____ indiquait que la relation avec l'accident était impossible à établir sur le plan anamnestique, l'assuré n'étant pas très clair sur le fait qu'il y aurait eu ou non également une blessure au niveau de la main lors de l'accident. Il proposait des investigations radiologiques (rapport du 25 novembre 2015). Le recourant a finalement été examiné par un deuxième spécialiste en neurologie, le Dr T._____, en mars 2016. Celui-ci a confirmé la présence d'une discrète neuropathie cubitale au passage du coude droit, caractérisée par un ralentissement des vitesses de conduction sensibles. Il relevait que cette symptomatologie était essentiellement irritative et très discrètement déficitaire du point de vue sensitif uniquement. Il proposait une approche conservatrice (cf. rapport du 15 mars 2016). Le recourant a encore été examiné le 13 avril 2016 par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et de la main. Ce dernier, reprenant le diagnostic de neuropathie cubitale au coude droit débutante retenue par le Dr T._____, indiquait qu'une sanction chirurgicale éventuelle en raison de la gêne et des déficits constatés ne saurait avoir lieu tant que durerait l'importante limitation fonctionnelle de l'épaule droite. Il proposait que le recourant poursuive sa rééducation et le recontacte lorsque la situation de l'épaule serait normalisée (cf. rapport du 13 avril 2016). Au vu de ces avis médicaux, le Dr C._____ a décidé le 27 avril 2016 d'adresser le recourant au Prof Q._____, chef du Service d'orthopédie et de traumatologie du K._____ du I._____. Celui-ci, dans son rapport du 29 août 2016 a posé le diagnostic de syndrome douloureux post-traumatique scapulo-brachial droit et de status après arthroscopie de l'épaule droite en mai 2015 avec plastie capsulo-ligamentaire antérieure

et micro-fractures. Dans son rapport il rapportait que le recourant, pour éviter une chute, s'était retenu à des branches et à des fleurs avec un mouvement d'entorse et en abduction rotation externe. Il exposait que l'arthro-IRM de l'épaule droite réalisée en avril 2016 avait mis en évidence une coiffe des rotateurs en continuité avec une excellente trophicité musculaire, long biceps en place en intra-articulaire dans la gouttière bicipitale et une chondropathie dans la partie antérieure de la glène. Dans son appréciation du cas, le Prof Q. _____ relevait que si le recourant présentait un syndrome douloureux chronique post-traumatique avec une impotence fonctionnelle, celui-ci était lié à une importante limitation. Il estimait en outre probable que des facteurs extra-orthopédiques influençaient également l'évolution. Il n'y avait pas selon lui d'indication à une révision chirurgicale. Dans ce contexte, le recourant a été vu le 22 novembre 2016, soit plus de dix-huit mois après l'intervention chirurgicale réalisée par le Dr L. _____, pour un examen final. Au terme de celui-ci, en relevant l'importante auto-limitation dont avait fait preuve le recourant au cours de l'examen clinique, qui avait rendu celui-ci difficilement interprétable, le Dr C. _____ est arrivé à la conclusion qu'il n'y avait plus de traitement à entreprendre, que la situation était stabilisée d'un point de vue médical et que si l'assuré ne pouvait plus, du fait de sa pathologie à l'épaule droite, exercer son activité antérieure de poseur de fenêtres, il conservait une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère de type industriel, sans port de charges moyennes, ni de bras en porte-à-faux et de travaux au-dessus de la lignée des épaules). Comme on l'a vu dans le résumé du parcours "médical" du recourant, son avis est corroboré par les spécialistes en neurologie et chirurgie orthopédique qu'il a consultés. Plus particulièrement, le Prof Q. _____ a relevé que le syndrome douloureux chronique post-traumatique avec impotence fonctionnelle était non seulement lié à une importante auto-limitation du recourant mais que son évolution dépendait probablement également de facteurs extra-orthopédiques. Dans ces conditions, il y a lieu de reconnaître à l'avis médical du médecin d'arrondissement de la CNA du 22 novembre 2016 une pleine valeur probante. Ses conclusions reposent sur une analyse des

documents médicaux à sa disposition, des examens radiologiques et des examens cliniques : elles sont claires et convaincantes.

c) Rien au dossier ne permet de remettre en cause ce point de vue sur le plan médical. Pour autant qu'on puisse considérer que le Dr L._____ ne partagerait pas l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, force est de constater qu'il ne donne aucune explication pour retenir que l'incapacité de travail du recourant demeurerait totale, étant relevé que cette indication semble se référer plutôt à l'activité habituelle de poseur de fenêtres. Dans tous les cas, il ne s'est jamais prononcé sur une capacité de travail dans une activité adaptée. Faute d'élément objectif propre à remettre en cause le caractère exigible de l'activité adaptée, celle-ci doit être admise. Par ailleurs, l'allégation de l'existence d'une pathologie psychiatrique en lien avec l'accident du 30 septembre 2013 n'est corroborée par aucun document médical.

Au demeurant, on relève que le Dr W._____ du SMR, spécialiste en médecine du travail, s'est rallié aux conclusions du Dr C._____ qu'il a décrites comme justifiées et a lui aussi retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

5. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité totale de travail dans une activité adaptée.

a) A titre liminaire, on notera que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force

contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de l'appréciation émise en matière d'assurance-invalidité.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 9C_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2).

c) aa) Pour fixer le revenu d'invalide, on se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalide, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la

première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

bb) En l'occurrence, l'intimée a déterminé le revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant de cinq DPT, et a ainsi retenu un revenu de 58'378 fr. 40. Le recourant fait valoir que ces DPT ne tiennent pas compte de ses limitations fonctionnelles et ne permettent pas de tenir compte des possibilités réalistes et concrètes du marché du travail dans son cas particulier. Il soutient en outre que, quel que soit le taux d'incapacité de travail retenu, l'activité prétendument réalisable du point de vue de l'intimée ne permettrait en tous les cas pas d'obtenir le revenu susmentionné compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

Le bien-fondé du choix des DPT opéré par l'intimée doit être examiné uniquement à la lumière des lésions se trouvant en lien de causalité avec l'accident de septembre 2013. Or, il convient de constater que dans le choix des DPT, la CNA a pris en compte la nécessité d'une activité légère et les limitations fonctionnelles liées à l'épaule droite, déterminées par le Dr C. _____ et non contestées par les autres médecins consultés.

Les DPT choisies par la CNA ne sont donc pas critiquables. Cette dernière a en outre respecté les conditions imposées par la jurisprudence en la matière (cf. consid. 5c *supra*). Le revenu moyen d'invalidé de 58'378 fr. 40 retenu par l'intimée ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

d) aa) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1). C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

bb) En l'occurrence, pour déterminer le revenu sans invalidité du recourant, l'intimée s'est fondée sur les indications fournies par l'ancien employeur du recourant (24 fr. 38 * 2158 heures + 8,33 %), ce qui correspond à un revenu annuel sans invalidité de 56'995 francs. Certes, elle n'a pas indexé le salaire de 2013 à 2017, naissance éventuelle du droit à une rente. Toutefois, après indexation de ce montant à 2017 (+ 0,7 % en 2014, + 0,3 % en 2015 + 0,6 % en 2016 et + 0,4 % en 2017 [Office fédéral de la statistique OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1990-2015]), on aboutit à un revenu sans invalidité de 58'134 fr. 90 et la comparaison de ce revenu avec le revenu d'invalidité déterminé sur la base des DPT (58'378 fr. 40) conduit à constater que le recourant ne subit aucun préjudice économique, que son degré d'invalidité est dès lors de 0 %, ce qui exclut le droit à une rente d'invalidité.

La décision sur opposition est ainsi bien fondée en ce qui concerne le droit à une rente d'invalidité.

6. a) Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle elle a droit. Il prétend à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %.

b) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20

décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, *in* : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 998 n. 311). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel - anatomique ou fonctionnel -, mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de

l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a).

c) En l'espèce, dans son rapport du 22 novembre 2016, le Dr C._____, - seul médecin à s'être prononcé sur la question - a retenu qu'en présence d'une épaule mobile jusqu'à l'horizontale, un taux d'indemnisation de 15 % pouvait être retenu. Il a ainsi procédé par analogie conformément à l'annexe 3 ch. 1 OLAA, en se référant à la table

1 de la CNA, laquelle prévoit une IPAI de 15 % pour une telle atteinte. L'appréciation du Dr C. _____ échappe ainsi à la critique, quoi qu'en dise l'assuré, ce d'autant qu'il n'est contredit par aucun autre médecin.

d) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'espèce, la Cour de céans ayant été en mesure de statuer sur la base des éléments médicaux figurant au dossier, la requête d'expertise pluridisciplinaire s'avère inutile et doit être rejetée.

7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par

renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'espèce, par décision du juge instructeur du 25 octobre 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 octobre 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Zumsteg. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 29 mai 2019. Ces opérations sont justifiées à l'exception de celles antérieures au 20 octobre 2017 qui totalisent un montant de 1'636 fr. 20 et pour lesquelles le conseil d'office a déjà été indemnisé dans le cadre de l'assistance juridique que lui a octroyée l'intimée. Il ressort par ailleurs de la facture d'honoraires d'un montant de 4'108 fr. 95 qui a été envoyée au recourant en date du 29 mai 2019 que des débours (ou frais forfaitaires) ont été comptabilisés au taux de 10 %. Or, selon l'art. 3bis al. 1 RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3), le montant forfaitaire des débours est fixé à 5 % du défraiement hors taxe. Après les rectifications qui s'imposent pour les motifs exposés ci-dessus, l'indemnité de Me Zumsteg est au final arrêtée à 2'360 fr. 40., débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 septembre 2017 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 Philippe Zumsteg, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 2'360 fr. 40 (deux mille trois cent soixante francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- V.** L'indemnité d'office allouée est provisoirement supportée par le canton, la subrogation de l'Etat de Vaud demeurant réservée.
- VI.** 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 mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Zumsteg, avocat à Neuchâtel (pour le recourant),
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour l'intimée),
- L'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 :