

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 novembre 2018

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 7, 8 et 17 LPGA ; art. 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Le 21 septembre 2010, S._____, né en [...], mécanicien-monteur auprès de P._____, a chuté sur le dos depuis une machine, subissant des contusions au dos ainsi qu'aux deux jambes et aux deux bras. Il a présenté une totale incapacité de travail depuis le jour de l'accident, avant de reprendre le travail à 50% le 17 octobre 2010, puis à 60 % dès le 22 novembre 2010 et à 70% dès le 4 janvier 2011. L'assuré n'était plus capable d'exercer son activité habituelle, mais il disposait d'une capacité de travail entière dès le 4 janvier 2011 dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir dans les activités ne nécessitant pas, au niveau du rachis, le soulèvement régulier de charges excédant 5 kg, le port régulier de charges excédant 8 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et l'exposition à des vibrations, ainsi qu'au niveau de l'épaule gauche, l'élévation ou l'abduction de l'épaule gauche à plus de 60° et le lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur gauche. Il a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 41% depuis le 1^{er} décembre 2012, selon décision sur opposition datée du 5 septembre 2014, entrée en force.

B. a) Le 5 novembre 2013, S._____ a subi un nouvel accident. Selon la déclaration d'accident, alors qu'il se trouvait en l._____, il a glissé sur une route mouillée et a chuté sur le coude droit avec pour conséquence notamment une déchirure du sus-épineux et du sous-scapulaire de l'épaule droite. Selon un certificat médical du 10 janvier 2014 du Dr H._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, l'assuré a été en incapacité totale de travail pendant trois semaines en raison d'une rechute depuis l'accident du 5 novembre 2013. Ce constat médical a été renouvelé le 31 janvier 2014 pour une durée de huit semaines et l'incapacité de travail totale a été reconduite mensuellement jusqu'au 7 décembre 2014 par le Dr H._____.

L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite de l'assuré réalisée le 14 janvier 2014 par le Dr M._____

a conclu à des signes d'omarthrose avec chondropathie gléno-humérale de grade II, rétrécissement de l'espace sous-acromial par des remaniements dégénératifs modérés à marqués de l'articulation acromio-claviculaire ainsi qu'une bursite sous-acromio-deltoïdienne, à une tendinopathie modérée à marquée du sus-épineux avec plusieurs foyers de déchirure ainsi qu'une rupture transfixiante à son site d'insertion distale, à une tendinopathie modérée du sous-scapulaire avec foyer de rupture subtotale au niveau de son tiers distal, à une légère tendinopathie du long chef du biceps sans signe de rupture et à une amyotrophie de grade II du sus-épineux, du sous-épineux et du deltoïde.

Pour les suites de cet accident non professionnel, la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a octroyé à l'assuré une indemnité journalière de 154 fr. 90 par jour dès le 10 janvier 2014. La CNA a en outre garanti la prise en charge du traitement médical.

A la suite d'une consultation du 17 février 2014, le Dr Z._____, chirurgien orthopédiste FMH, a rendu le rapport suivant :

« **DIAGNOSTIC (acc)**

CONFLIT SOUS-ACROMIAL ET FORTE ANKYLOSE SUR LÉSION INTERSTITIELLE ET POSSIBLE LÉSION DISTALE DU SUS-ÉPINEUX ET DU SOUS-SCAPULAIRE DE L'ÉPAULE DROITE, STATUS APRÈS RUPTURE DU SUS-ÉPINEUX DE L'ÉPAULE GAUCHE.

ANTECEDENTS PERSONNELS

Patient de 64 ans, diabétique insulino-dépendant, souffrant également d'hypercholestérolémie traitée. Déjà connu en septembre 2011 en raison d'une rupture traumatique du sus-épineux de l'épaule gauche à la suite d'un accident de travail survenu en septembre 2010. Le traitement est resté conservateur le patient ne souhaitant pas envisager une opération et encore moins des infiltrations en raison d'une forte appréhension à l'égard des aiguilles.

La situation n'a pas évolué de façon significative.

A l'époque l'épaule droite n'était l'objet d'aucune plainte et la mobilité était complète et indolore.

Le 05.11.2013 le patient glisse en I._____ et se reçoit sur le coude droit avec effet de piston dans l'épaule du même côté. Douleur principalement sur le coude avec une tuméfaction, vraisemblablement une bursite, traitée en urgence dans une permanence en I._____. Progressivement le coude se calme alors

que les douleurs de l'épaule augmentent progressivement. Dès son retour en Suisse il consulte à Noël son médecin habituel.

PLAINTES ACTUELLES

Douleur de fond, régulièrement insomnante, « c'est le pire » dit le patient. Dans les activités quotidiennes tout fait mal surtout dans les mouvements en hauteur, le côté gauche également avec lequel il ne peut pas s'aider. L'habillement, la douche, etc. sont pénibles, c'est même « une catastrophe » dit le patient.

STATUS

Bon état général, taille 176 cm pour 97 kg, droitier.

	Droite	Gauche (acc
2010)		
Abduction active	60	60
Abduction passive	70	70
Arc douloureux	50-70	60-80
Antépulsion active	50	90
Antépulsion passive	60	100
Arc douloureux	30-60	90-100
Rétropulsion	30	30
RIRE coudes au corps	40*	40*
RIRE à 90° d'abduction	non réalisable car * ++	70*-0-60*
Pouce/C7	oreille-fesse*	0-S1*
Lift off	?	*
LAGG test	?	*
Yocum	++	+
Jobe	++	++
Neer	++	+
Hawkins	++	+
Palm up	++	+
Tonus	n	n
Amyotrophie	n	n
Sensibilité	n	n
Appréhension	n	n
Stabilité gh	n	n
Articulations ac	n	n
LCB	n	n
*douleurs		

RADIOGRAPHIES

L'IRM de l'épaule droite du 14.01.2014 montre une omarthrose modérée, des lésions interstitielles du sus-épineux avec vraisemblablement une petite désinsertion à sa fixation sur le trochiter.

COMMENTAIRE

A défaut de pouvoir procéder à une infiltration que le patient ne veut toujours pas, on se limite à un traitement de physiothérapie, une ordonnance lui a été remise dans ce sens. Pour l'instant le patient présente une incapacité de travail totale (bien qu'il soit sans emploi). En considérant cette lésion bilatérale, il est vraisemblable que cette incapacité de travail, en tous cas en tant que mécanicien, s'avère définitive. »

Le Dr Z. _____ a prescrit des séances de physiothérapie qu'il a renouvelées par ordonnance du 24 mars 2014. Il a toutefois constaté le 5 mai 2014 que le traitement de physiothérapie était décevant, qu'il n'y avait aucune amélioration et les gestes même les plus simples restaient douloureux, seules les douleurs au repos avaient légèrement régressé. Il a exprimé dans un courrier du 15 mai 2014 qu'il aurait souhaité pouvoir

procéder à une infiltration de cette épaule droite, ce d'autant plus que le côté gauche était également fortement handicapé ; or l'assuré présentant une phobie aux aiguilles, toute velléité thérapeutique plus invasive était en l'état vouée à l'échec.

Le Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à un examen médical de l'assuré le 5 novembre 2014 et a établi le rapport suivant :

« Examen médical final du 05.11.2014

Motif de l'examen

A la demande de la demande (sic) de l'administration pour bilan final, exigibilité, IPAI et traitement à long terme.

Evolution suivant les pièces communiquées

08.06.2011 *Entretien avec l'assuré dans lequel on apprend que l'assuré a eu un accident au niveau du dos en 2007 (sinistre n°1.10129.07.06). L'assuré semble souffrir également de l'épaule G [gauche], il n'utilise plus son membre supérieur qu'à 30 %. Les douleurs du rachis perturbent les nuits.*

05.11.2013 Déclaration de sinistre du 19.11.2013 : cet opérateur CNC, au chômage, âgé de 63 ans, chute sur une surface mouillée.

30.01.2014 Rapport médical intermédiaire du Dr H._____ difficilement lisible. On parvient à déchiffrer une rupture du sus-épineux, une spondylolisthésis L5-S1. On apprend que l'assuré a rendez-vous avec le Dr Z._____ à la [...].

14.01.2014 IRM de l'épaule D [droite] qui montre une omarthrose, un rétrécissement sous-acromial avec des remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire. L'examen met également en évidence une tendinopathie du sus-épineux avec plusieurs foyers de déchirure ainsi qu'une rupture transfixiante au niveau de l'insertion du sus-épineux. Le sous-scapulaire fait état d'une tendinopathie modérée avec des foyers de rupture subtotale au niveau du tiers distal.

19.02.2014 Soumission interne dans laquelle on admet le lien de causalité probable entre l'accident du 05.11.2013 et les lésions de l'épaule D. On demande des renseignements de la part du Dr Z._____.

19.03.2014 Case team dans lequel on demande une description du poste de travail avant l'accident.

15.05.2014 Lettre du Dr Z._____ à l'attention du médecin-traitant. On apprend que le traitement de physiothérapie est décevant, sans amélioration. Les gestes les plus simples restent douloureux. Le Dr Z._____ propose une infiltration au patient mais celui-ci souffre d'une phobie des aiguilles et, dès lors, le Dr Z._____ estime que toute velléité thérapeutique est vouée à l'échec chez l'assuré.

12.09.2014 Rapport du Dr Z. _____ qui n'a plus revu l'assuré depuis le 05.05.2014.

3. Déclarations de l'assuré

L'assuré précise que l'accident du 05.11.2013 a eu lieu en I. _____ et qu'il a été vu initialement dans une Permanence sur place.

Le dernier rendez-vous avec le Dr H. _____ a eu lieu le 31.10.2014 et le prochain rendez-vous est prévu à fin novembre.

Le patient prend une antalgie de Tramadol® 100 mg 1-2x/jour, Lyrica® 150 mg 1-2 cp/jour, Mydocalm® 150 1x/jour, Esomep® 20 mg 2x/jour, Zoldorm® 1 cp au coucher.

M. S. _____ ajoute qu'il est diabétique, insulino-requérant, et qu'il se pique 2x/jour. Il est suivi pour cela par son médecin-traitant, le Dr H. _____. Il prend également un traitement de Metfin® 1000 2x/jour. L'assuré est droitier.

Il signale que son épaule D va mal, il ne peut quasiment plus rien faire avec l'épaule D. Il a des difficultés à s'habiller ou à s'essuyer en sortant des toilettes.

Le traitement de physiothérapie effectuée à raison de 3x/9 séances n'a apporté aucune amélioration.

Le patient admet qu'il n'y a plus d'évolution. Il sera retraité en avril 2015.

Au point de vue social, l'assuré est marié et père de 2 enfants adultes. Sa femme travaille comme aide-infirmière au C. _____ à un taux variant entre 20 et 30 %. Elle bénéficie d'une rente AI à hauteur de 54 %.

Au point de vue professionnel, l'assuré a suivi une formation de mécanicien en I. _____ puis a fait un CFC de maçon en Suisse. Il a vécu en Suisse entre 1969 et 1972 puis est revenu définitivement en 1980. Il est d'origine I. _____ mais naturalisé suisse depuis 2011. Son dernier emploi était celui d'opérateur CNC dans l'entreprise P. _____. Emploi qu'il a exercé pendant 28 ans.

L'assuré signale qu'il bénéficie d'une rente pour un accident du 20.09.2010 concernant l'épaule G.

La nuit, des douleurs sont ressenties avec une impression de courant électrique dans les bras occasionnant plusieurs réveils nocturnes. La prise du Zoldorm® permet d'avoir des nuits à peu près réparatrices.

L'assuré signale encore qu'il est suivi au niveau psychologique depuis mai de cette année en raison d'une phobie aiguë des aiguilles. M. S. _____ n'a toutefois pas l'impression qu'il parviendra à surmonter cette phobie.

4. Constatations

Patient présentant un état de santé correct. Taille : 174 cm. Poids : 98 kg (BMI = 32,4).

Le déshabillage s'effectue difficilement, le patient garde les deux bras au corps pour retirer sa chemise.

A l'examen de face, l'épaule D est située légèrement plus basse que le côté G. Une certaine amyotrophie globale des ceintures scapulaires est visible, tant de face que de dos.

Activement, l'épaule D a une mobilité en flexion-extension ne dépassant pas 70/0/40° contre 80/0/40° à gauche. Passivement, on obtient une élévation d'environ 90° ddc [des deux côtés], amplitude au-delà de laquelle l'assuré déploie de fortes contrepulsions et annonce des douleurs.

En abduction, les amplitudes ne dépassent pas 50° ddc avec une abduction passive maximale mesurée à 60° ddc.

En rotation externe, le patient parvient à mettre les deux mains derrière la nuque en gardant les bras au corps et en penchant la tête en avant.

En rotation externe, coudes au corps, on mesure 35° à droite contre 55° à gauche.

En rotation interne, la distance pouce-C7 est de 70 cm à droite contre 30 cm à gauche.

L'examen de la coiffe des rotateurs est difficilement réalisable en raison de la mobilité restreinte des ceintures scapulaires. Le test de Jobe montre tout de même la persistance d'une certaine force ddc avec un lâchage après quelques secondes.

A l'examen du tendon sous-scapulaire, la force est diminuée au Belly-press test ddc. Le test de Lift-off est positif à droite, négatif à gauche.

L'examen du conflit sous-acromial n'est pas réalisable, le patient ne se laisse pas du tout aller pour le test de Hawkins. Le test de Yocum n'est pas examinable.

Mobilité complète des deux coudes en flexion-extension ainsi qu'en prosupination.

Enroulement complet des doigts avec une mobilité conservée des poignets en flexion-extension.

Imagerie

14.01.2014 IRM de l'épaule D qui montre des lésions diffuses de la coiffe des rotateurs.

5. Appréciation

Notre assuré, opérateur CNC, au chômage, est victime d'une chute sur l'épaule D le 05.11.2013.

Le bilan par IRM montre une omarthrose, des troubles dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire ainsi qu'une tendinopathie avec déchirure du sus-épineux et du sous-scapulaire.

L'assuré est adressé au Dr Z. _____ qui nous informe que le traitement de physiothérapie n'a pas eu d'effet. Le Dr Z. _____ propose une infiltration sous-acromiale de l'épaule D, refusée par le patient souffrant d'une phobie sévère des aiguilles.

Subjectivement, l'assuré annonce qu'il ne peut plus utiliser son épaule D, même pour les gestes courants. Il a des difficultés à s'habiller ou à s'essuyer en sortant des toilettes. Le traitement antalgique est fait de Tramadol®, Lyrica® et Mydocalm®.

Objectivement, les deux ceintures scapulaires montrent une certaine amyotrophie, que ce soit de face ou de dos. La mobilité active est restreinte et atteint difficilement l'horizontale, que ce soit en élévation antérieure mais également en abduction. L'examen de la coiffe des rotateurs montre une déficience globale de celle-ci.

La situation est stabilisée.

On doit reconnaître à notre assuré des limitations en ce qui concerne les travaux en hauteur, le port de charges de plus de 5 kg ainsi que les mouvements répétitifs des membres supérieurs.

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

M. S. _____ sera retraité en avril 2015.

Les suites de l'accident du 05.11.2013 donnent droit à une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité].

En effet, selon la table 1 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, chiffre 2870/1.f-2000, une épaule mobile jusqu'à l'horizontale donne droit à une IPAI de 15 %.

On peut dès lors attribuer une IPAI de 15 % à notre assuré pour ce qui concerne l'épaule D.

Restent à la charge de la Suva et ceci pour une longue durée, le traitement antalgique ainsi que le suivi médical pour un maximum de 4 consultations annuelles. »

Le 24 novembre 2014, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin notamment aux indemnités journalières avec effet au 7 décembre 2014 dès lors que l'examen médical avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement pour son épaule droite.

C. Le 31 mars 2015, la CNA a reconnu en faveur de l'assuré une atteinte à l'intégrité de 15% et lui a octroyé une indemnité de 18'900 fr. pour les séquelles de l'accident survenu le 5 novembre 2013. L'assuré a formé opposition contre cette décision.

Une nouvelle appréciation médicale a été réalisée par le Dr L. _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a établi le 18 mai 2015 le rapport suivant :

Motif de la soumission

A la demande de l'administration en raison de l'opposition de l'assuré à la décision de la Suva du 31.03.2015 d'allouer au patient une IpAI de 15 % en relation avec l'accident du 05.11.2013.

Evolution suivant les pièces communiquées

01.67393.10.1

- 21.09.2010 Accident avec rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule G.
- 02.07.2012 Suite à l'examen à l'agence du Dr N._____, la situation a été jugée stabilisée. L'accident n'avait des séquelles qu'au niveau de l'épaule G. Ces séquelles ouvraient le droit, selon l'estimation du Dr N._____ du 02.07.2012, à une IpAI de 20 %, étant donné que l'assuré n'arrive pas à élever son MSG [membre supérieur gauche] jusqu'à l'horizontale.
- 01.18758.13.7
- 05.11.2013 Chute avec probable lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule D.
- 05.11.2014 Lors de l'examen à l'agence, le Dr K._____ estime que cet accident n'a entraîné des séquelles qu'au niveau de l'épaule D, que la situation est stabilisée et que les séquelles de cet accident ouvrent le droit à une IpAI de 15 %, étant donné que le patient ne peut pas élever son MSD [membre supérieur droit] au-dessus de l'horizontale.
- 22.04.2015 Opposition de l'assuré par l'intermédiaire de son avocate Me Flore Primault. Dans son opposition, Me Primault estime qu'il y a lieu de pondérer à la hausse l'IpAI en relation avec l'accident concernant l'épaule D étant donné qu'il y a lieu, en cas d'atteinte à l'intégrité due à plusieurs accidents, de fixer cette atteinte à l'intégrité d'après l'ensemble des dommages.

Appréciation

En fonction de ce qui précède, l'assuré ne pouvait plus, en relation avec les séquelles de l'accident du 21.09.2010 de son épaule G, effectuer de gestes avec le MSG au-dessus du niveau des épaules. Suite à l'accident du 05.11.2013, l'assuré ne peut plus faire de gestes avec le MSD au-dessus du niveau des épaules.

Cette seconde atteinte entraîne que le patient ne peut plus du tout faire de gestes au-dessus du niveau de ses épaules.

L'atteinte globale des deux épaules a donc comme conséquence que le patient ne peut plus du tout prendre des objets situés au-dessus du niveau des épaules. Cet état de fait justifie une pondération de la deuxième IpAI à la hausse, dans la mesure où le dommage est augmenté en raison de la bilatéralité des lésions. L'estimation faite par Me Primault, de majorer de 5% l'IpAI de 15 % en relation avec les séquelles de l'accident du 05.11.2013 empêchant l'assuré d'élever son MSD au-dessus du niveau des épaules, alors qu'un premier accident l'empêchait d'élever son épaule G jusqu'au niveau de l'horizontale, est donc justifiée.

Conclusion

Le fait que le patient ne puisse pas élever ses deux MS [membres supérieurs] au-dessus de l'horizontale justifie qu'il perçoive une IpAI globale de 40 % et que le taux d'IpAI en relation avec les séquelles de l'accident du 05.11.2013 au niveau de l'épaule D, de 15 %, soit réévaluée après pondération, à 20 %. En effet le dommage global est augmenté en raison de la bilatéralité des lésions. »

Par décision du 4 juillet 2016, la CNA a modifié sa précédente décision pour octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 25'200 fr. compte tenu d'une atteinte de 20%.

D. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2012.

E. **a)** Par décision du 21 août 2017, la CNA a rappelé qu'à la suite de l'accident survenu le 21 septembre 2010, elle versait une rente d'invalidité de 41% à l'assuré et a nié que les séquelles supplémentaires résultant de l'accident survenu le 5 novembre 2013 donnaient droit à une rente d'invalidité plus élevée. Elle a donc refusé l'octroi d'une rente plus élevée à la suite de l'accident du 5 novembre 2013, pour le motif que l'assuré était apte à déployer une pleine capacité de travail dans une activité n'exigeant pas de devoir travailler au-delà de l'horizontale, ni de devoir porter davantage que 5 kg et sans mouvements répétitifs ou de contrainte des épaules. Elle a relevé que l'utilisation d'échelles, escabeaux ou échafaudages était également proscrite. Ces limitations fonctionnelles étaient toutefois compatibles avec l'exercice des activités faisant l'objet des descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) retenues lors de la première estimation de l'invalidité, postes de travail qui auraient permis en 2014 l'obtention d'un revenu résiduel de 58'018 francs. Pour l'année 2012, le gain présumable perdu était de 96'241 fr. ; à supposer qu'il aurait progressé, ce revenu aurait augmenté pour 2014 à 97'948 fr., de sorte que la comparaison du revenu sans invalidité avec celui d'invalidité indiquait un préjudice de 40,76%, ce qui montrait l'inexistence d'une diminution supplémentaire de la capacité de gain due au second accident.

Le 21 septembre 2017, l'assuré a fait opposition à cette décision, invoquant qu'une IPAI supplémentaire de 5% lui avait été reconnue pour tenir compte des affections présentées à l'épaule droite. Il a relevé que les DPT n'étaient pas indiquées dans la décision et qu'il était douteux que, compte tenu d'une capacité restreinte, les mêmes DPT puissent être retenues. Il a en outre critiqué le rapport médical, datant de plus de trois ans, sur lequel la décision était fondée, lui reprochant d'être

succinct et contestant ses conclusions dès lors que le Dr K._____ retenait que l'examen de la coiffe des rotateurs était difficilement réalisable en raison de la mobilité restreinte des ceintures scapulaires et que le déshabillage s'effectuait difficilement, mais que l'assuré serait tout de même en mesure de travailler à plein temps.

Par courrier du 17 octobre 2017, la CNA a transmis à l'assuré un tirage des DPT utilisées à l'appui de sa décision du 21 août 2017, libellé en ces termes :

« Nombre total de DPT	94
Salaire minimal (1 ^{er} Décile)	41'600.00
Salaire maximal (9 ^e Décile)	67'414.00
Moyenne des salaires moyens	53'992.00

5 DPT sélectionnées :

N° DPT	Profession	Désignation de la fonction	Localité	Année salariale	Salaire moyen	Salaire min.	Salaire max.
362411	Collaborateur de production	Sur machines automatiques	Renens VD	2014	54'900.00	50'000.00	59'800.00
8464	Collaborateur de production	Montage	Gland	2014	55'250.00	48'620.00	61'880.00
597315	Collaborateur de production	Ouvrier	Apples	2014	58'350.00	55'100.00	61'600.00
5825	Collaborateur de production	Conducteur de palan	Corcelles-près-Payerne	2014	59'400.00	53'800.00	65'000.00
834346	Ouvrier de scierie	Trieur	Rueyres	2014	62'190.00	57'008.00	67'373.00
			Moyenne		58'018.00	52'905.60	63'130.60

Il s'agit des DPT retenues à l'époque. A noter qu'elles sont toujours dans la banque de données à ce jour
14.08.2017 13 :10 ».

b) Dans sa décision sur opposition du 22 novembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition et maintenu sa décision. Elle a constaté que, sur le plan médical, à la naissance de la rente versée au titre de l'accident subi en 2010, il était constant, au sens des conclusions du Dr N._____ du 2 juillet 2012, que l'assuré était, compte tenu de l'épaule gauche atteinte, en mesure d'exercer en plein une activité adaptée à son handicap, soit un travail ne comportant pas le port de charges supérieures à 5 kg, des

mouvements en rotation répétitive de l'épaule gauche, des mouvements répétitifs en-dessus de l'horizontale du côté gauche, et sans utilisation d'échelles, escabeaux ou échafaudages. Au moment où le droit aux prestations provisoires versées au titre de l'accident subi en 2013 a pris fin, la CNA a considéré que, comme cela ressortait du rapport du Dr L._____ du 18 mai 2015, l'atteinte des deux épaules avait comme conséquence que l'assuré ne pouvait plus du tout prendre des objets situés au-dessus du niveau des épaules. Plus précisément, il ressortait du rapport du Dr K._____ du 5 novembre 2014 que les deux ceintures scapulaires montraient une certaine amyotrophie, que ce soit de face ou de dos. La mobilité active était restreinte et atteignait difficilement l'horizontale, en élévation antérieure mais également en abduction. L'examen de la coiffe des rotateurs montrait une déficience globale de celle-ci. La CNA a relevé que le Dr K._____ avait retenu des limitations en ce qui concernait les travaux en hauteur, le port de charges de plus de 5 kg ainsi que les mouvements répétitifs des membres supérieurs et considéré que, dans une activité respectant ces limitations, une pleine capacité de travail était exigible. L'assureur-accidents en a déduit une modification incontestable des séquelles médicales déterminantes pour l'examen du droit à la rente depuis la naissance de celle-ci, en ce sens que l'épaule droite était elle aussi touchée par les limitations retenues auparavant au titre de l'épaule gauche. Sur le plan économique, la CNA a constaté que le revenu sans invalidité fixé à 97'948 fr. n'était pas contesté et que le revenu d'invalidité de 58'018 fr. avait été déterminé sur la base des DPT, qui sont adaptées aux exigences liées aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

c) Par acte du 8 janvier 2018, S._____, représenté par Me Flore Primault, a recouru contre la décision sur opposition du 22 novembre 2017 et a conclu principalement à son annulation et à la constatation qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité supérieure à 41%, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause auprès de la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a contesté être capable d'effectuer les travaux retenus dans la décision et a reproché à l'intimée de s'être fondée sur un rapport médical datant de plus de trois ans et dont

les conclusions lui paraissaient divergentes et incompréhensibles. L'augmentation de l'IPAI de 5% indiquait en outre l'existence d'importantes limitations supplémentaires.

Dans une réponse du 13 avril 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, précisant notamment qu'aucun parallélisme entre le taux d'invalidité et le taux d'IPAI ne pouvait être tiré.

Le 25 juillet 2018, le recourant a répliqué en maintenant ses conclusions et en contestant être apte à effectuer des travaux pour lesquels une motricité fine était requise.

Par duplique du 27 août 2018, l'intimée a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile, compte tenu des fériés, devant le tribunal compétent, respecte les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 38 al. 4 let. c et 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité résultant de l'accident du 5 novembre 2013, respectivement sur la question de savoir si l'accident précité a aggravé l'état de santé du recourant, si bien que la rente servie depuis le 1^{er} décembre 2012 devrait être augmentée.

3. a) 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]).

b) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le

cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références).

Lorsque deux ou plusieurs accidents sont en cause, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit en principe être appréciée séparément pour chaque accident. Cela vaut en particulier dans les cas où les accidents concernent diverses parties du corps et provoquent des blessures tout à fait distinctes (ATF 115 V 133 consid. 6 ; RAMA 1996 n° 248 p. 176 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.1).

c) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

d) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à

une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

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

La notion de marché équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

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

d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser si elle était en bonne santé ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 287 consid. 5.1 et 134 V 322 consid. 4.1; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.2 et 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

Pour fixer le revenu d'invalidé, il convient de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires), ou en fonction des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.3). L'intimée s'est en l'espèce fondée sur les données résultant des DPT.

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF

8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. En d'autres termes, lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). On précisera encore que c'est la moyenne des salaires moyens issue des DPT qui est déterminante pour calculer le gain d'invalidé (TF 8C_149/2012 du 16 mai 2012 consid. 2.2).

f) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est

resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5).

4. En l'espèce, l'intimée a retenu l'existence de séquelles supplémentaires consécutives à l'accident du 5 novembre 2013 mais a considéré en substance que les limitations fonctionnelles en résultant étaient compatibles avec l'exercice des activités qui faisaient l'objet des descriptions de postes de travail retenues lors de l'évaluation de l'invalidité réalisée à la suite du premier accident, soit celui du 21 septembre 2010.

a) L'intimée s'est fondée sur les rapports médicaux du Dr L. _____ du 18 mai 2015 et du Dr K. _____ du 5 novembre 2014. Selon ces rapports, le recourant ne peut plus, en relation avec les séquelles de l'accident du 21 septembre 2010 de son épaule gauche, effectuer de gestes avec le membre supérieur gauche au-dessus du niveau des épaules. A la suite de l'accident du 5 novembre 2013, il ne peut plus faire de gestes avec le membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules. Cette seconde atteinte entraîne que le recourant ne peut plus du tout faire de gestes au-dessus du niveau de ses épaules. Il en résulte que l'atteinte globale des deux épaules a comme conséquence que le recourant ne peut plus du tout prendre des objets situés au-dessus du niveau des épaules. Cet état de fait a justifié une pondération de la deuxième IPAI à la hausse, dans la mesure où le dommage était augmenté en raison de la bilatéralité des lésions. En effet, les séquelles de l'accident du 5 novembre 2013 empêchaient le recourant d'élever son membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules, alors qu'un premier accident l'empêchait d'élever son épaule gauche jusqu'au niveau de l'horizontale.

Il n'est ainsi pas contesté que l'accident du 5 novembre 2013 a causé une atteinte nouvelle qu'il y a lieu de prendre en compte dans l'examen du droit à la rente.

b) Il y a donc lieu de déterminer si et dans quelle mesure cette atteinte a une incidence sur la capacité de gain du recourant.

Le rapport médical du Dr K. _____ du 5 novembre 2014 constate objectivement que les deux ceintures scapulaires montrent une certaine amyotrophie, que ce soit de face ou de dos. La mobilité active est restreinte et atteint difficilement l'horizontale, que ce soit en élévation antérieure mais également en abduction. L'examen de la coiffe des rotateurs met en évidence une déficience globale de celle-ci. Le Dr K. _____ reconnaît des limitations en ce qui concerne les travaux en hauteur, le port de charges de plus de 5 kg ainsi que les mouvements répétitifs des membres supérieurs, mais il indique que, dans le respect de ces limitations, le recourant peut faire valoir une pleine capacité de travail.

L'intimée a dès lors considéré que l'épaule droite était touchée par les mêmes limitations que celles retenues auparavant au titre de l'épaule gauche, de sorte que le recourant devait être considéré comme capable de travailler à plein temps pour les mêmes postes tels que décrits dans les DPT retenues lors de la première évaluation.

Le recourant conteste cette appréciation en alléguant ne pas pouvoir effectuer les travaux requis dans les DPT au vu de l'ensemble des affections présentes, tant au niveau de l'épaule gauche que de l'épaule droite notamment. Il reproche à l'intimée d'avoir fragmenté son état de santé en prenant plusieurs décisions distinctes sans apprécier la globalité de sa situation médicale. Il lui fait encore grief de s'être fondée sur un rapport médical datant de trois ans critiquable au vu des conclusions divergentes et incompréhensibles.

L'intimée s'est référée au rapport du Dr K. _____ précité qui fait état des atteintes tant à l'épaule gauche qu'à l'épaule droite, dans leur globalité. L'examen médical du recourant n'a ainsi pas été fragmenté. Peu importe à cet égard que l'intimée ait rendu une décision séparée sur le droit à une IPAI, tant que l'ensemble des éléments nécessaires à la détermination du droit à la rente sont pris en considération. En outre, il n'y

a pas de divergence dans les éléments pris en compte dans les décisions d'octroi de la rente et dans celle de l'allocation d'une IPAI, la différence dans le résultat provenant de ce que les critères et les calculs pour la fixation de l'une et de l'autre diffèrent. Il est lieu de relever que l'IPAI ne compense pas une perte de revenu et est due indépendamment de toute invalidité au sens de l'art. 18 LAA ; elle est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (ATF 133 V 224).

Avant d'examiner la conformité au droit du calcul de la rente, on relève que le recourant s'en prend au rapport médical dont il qualifie les conclusions de divergentes et incompréhensibles. Dans son recours, il ne dit toutefois pas en quoi ces conclusions seraient divergentes et incompréhensibles. Dans son opposition à la décision, le recourant contestait les conclusions du rapport dès lors que le Dr K. _____ retenait d'une part que l'examen de la coiffe des rotateurs était difficilement réalisable en raison de la mobilité restreinte des ceintures scapulaires et que le déshabillage s'effectuait difficilement, et, d'autre part, que le recourant serait tout de même en mesure de travailler à plein temps.

Or, le rapport médical du Dr K. _____ est circonstancié. C'est sur la base d'un examen approfondi du dossier que la capacité résiduelle de travail a été évaluée par le Dr K. _____. Il a procédé à un examen clinique complet et s'est fondé sur le dossier radiologique et une anamnèse. Il a pris en considération les plaintes du recourant et a décrit le contexte médical. Ses conclusions sont dénuées de contradictions, contrairement à ce que semble soutenir le recourant ; le rapport tient compte de la mobilité restreinte induite par l'atteinte aux deux épaules et considère qu'une capacité de travail à plein temps subsiste dans des activités tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Le rapport médical satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante.

Le recourant indique qu'il ne serait pas en mesure d'effectuer des tâches requérant une motricité fine qu'il ne posséderait plus compte tenu des limitations qu'il subit au niveau de ses deux épaules. On relève

d'emblée que l'absence de motricité fine n'avait pas été retenue comme limitation fonctionnelle lors de l'évaluation faite pour le premier accident survenu en 2010 à l'épaule gauche, sans que cela n'ait été remis en cause. Le recourant semble invoquer l'existence de cette limitation à la suite de l'accident de 2013, mais ne produit aucune pièce médicale ou découlant d'une évaluation professionnelle venant étayer son point de vue. Contrairement à ce qu'il soutient, une restriction de la mobilité de l'épaule n'implique pas une restriction dans la motricité fine et n'empêche pas *de facto* le maniement léger d'objets. L'argument du recourant ne repose ainsi que sur sa propre évaluation. Dans les faits, on constate que le recourant ne s'est pas plaint de sa motricité fine lors des divers entretiens avec les médecins ; dans son recours, il ne cite pas non plus des activités concrètes qu'il ne serait pas en mesure de faire, mais se repose sur le principe erroné selon lequel une restriction de l'épaule implique automatiquement une restriction de la motricité fine. D'ailleurs ce point a également été examiné par le Dr K. _____ ; le rapport médical constate une mobilité complète des deux coudes en flexion-extension ainsi qu'en prosupination et un enroulement complet des doigts avec une mobilité conservée des poignets en flexion-extension. Il ne relève pas de problème de motricité fine. Il ne résulte pas non plus des déclarations du recourant faites au Dr K. _____ de ce que sa motricité serait restreinte sur le plan manuel. Le Dr Z. _____ n'avait pas non plus relevé d'éléments permettant de retenir une restriction dans la motricité des mains ou des doigts. Il n'y a donc pas lieu de retenir que le recourant souffre d'une limitation dans le maniement d'objets allant au-delà des limitations fonctionnelles retenues (avec les objets en hauteur).

Les DPT choisies par l'intimée ne sont pas critiquables. Certaines DPT retenues exigent en effet du maniement d'objets de manière légère, à motricité fine. L'une d'elles nécessite rarement un maniement moyen d'objets et parfois des rotations de la main ; ces exigences sont toutefois conformes aux limitations fonctionnelles du recourant. Les postes ne comprennent pas de travail au-dessus de la tête et nécessitent de soulever ou de porter parfois des charges très légères, inférieures à 5 kg. Ces activités sont conformes aux limitations

fonctionnelles du recourant, de sorte que les DPT prises en compte par l'intimée peuvent être retenues pour évaluer le revenu d'invalidé.

c) Enfin, le calcul opéré par l'intimée pour déterminer le taux de la rente d'invalidité échappe à toute critique et peut être confirmé. La décision attaquée est ainsi bien fondée.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

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

c) Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours formé le 8 janvier 2018 par S. _____ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 22 novembre 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :