

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 octobre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 18, 19 al. 1 et 24 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. a) P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, sans formation professionnelle, travaillait depuis octobre 2007 en qualité de maçon auprès d'une entreprise de construction. Le 18 décembre 2009, il a été victime d'un accident professionnel, glissant sur une plaque de glace et chutant sur son épaule gauche. Les diagnostics de tendinopathie du muscle sus-épineux, de déchirure profonde du versant articulaire et de déchirure longitudinale du tendon du sous-épineux ont été posés. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

En raison d'une évolution lentement favorable (nette amélioration et signes de conflits en forte régression), l'assuré a repris son activité à 50 % dès le 7 septembre 2010, à 100 % dès le 18 septembre 2010, puis à 70 % dès le 26 octobre 2010. L'entreprise étant en liquidation dès le 1^{er} novembre 2010, l'assuré a été engagé auprès de l'entreprise [...], puis dès le 1^{er} janvier 2011 auprès N._____ (ci-après : N._____), en qualité de maçon chef d'équipe.

L'assuré a subi une intervention chirurgicale le 16 décembre 2011, soit une réinsertion d'une lésion subtotale du sus-épineux et une acromioplastie de l'épaule gauche. Une incapacité de travail totale a été établie dès cette date. L'assuré a repris son activité à 50 % le 14 mai 2012, puis à 75 % dès le 5 novembre 2012.

b) Le 22 novembre 2012, l'assuré a été victime d'un nouvel accident professionnel, en ce sens qu'il a glissé sur un chantier et s'est réceptionné avec choc direct sur l'épaule droite. La capacité de travail a dès lors été ramenée à 50 %. Les suites de cet incident ont également été prises en charge par la CNA.

Dans son rapport à la CNA du 17 décembre 2012, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, a précisé que la reprise à 75 % avait été mal tolérée, les douleurs de l'épaule gauche ayant augmenté, l'épaule droite se décompensant également et les deux épaules présentant des signes de conflits. Le 22 janvier 2013, ce médecin a attesté la poursuite de l'incapacité de travail de 50 % pendant encore deux mois environ. Dans son rapport du 12 février 2013 complété à la demande de la CNA, le Dr R._____ a diagnostiqué une contusion ou lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, précisant que l'atteinte bilatérale rendait plus difficile la rééducation et l'adaptation professionnelle.

L'assuré a été examiné par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de la CNA, le 19 avril 2013. Dans son rapport du même jour au Dr R._____, le Dr J._____ a indiqué avoir relevé une probable rupture du tendon du long chef du biceps du côté gauche, qui serait apparue courant 2012. Une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 5 avril 2013, que le Dr R._____ n'avait pas encore vue, montrait une rupture assez étendue de la coiffe des rotateurs et une lésion de type SLAP. Selon le médecin-conseil, l'assuré ne pouvait plus travailler comme maçon et il convenait qu'il s'annonce auprès de l'assurance-invalidité.

Dans le rapport d'arthro-IRM susmentionné, le Dr V._____, spécialiste en radiologie, a posé les conclusions suivantes :

« Examen grevé d'importants artefacts démontrant cependant une déchirure transfixiante de la portion antérieure du tendon du muscle sus-épineux, se prolongeant par une déchirure de la face articulaire de ce tendon sur toute son épaisseur, s'associant à une déchirure partielle des fibres supérieures des tendons des muscles sous-scapulaires et sous-épineux.

Déchirure labrale débutant par une lésion de type SLAP, se prolongeant le long de la convexité antérieure. Os acromial et remaniement osseux de part et d'autre de l'articulation acromio-claviculaire ».

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 1^{er} mai 2013.

Dans un rapport du 17 septembre 2013, le Dr R._____ a observé que les lésions visibles sur l'arthro-IRM du 5 avril 2013 expliquaient parfaitement l'impotence fonctionnelle et les douleurs de son patient. Ce dernier se montrait réticent quant à une intervention chirurgicale et en dépit des difficultés rencontrées au travail, il n'envisageait pas d'interrompre son activité. Le 2 septembre 2013, il avait voulu retenir une pièce qui tombait et ce mouvement avait déclenché de violentes douleurs à l'épaule droite. Il avait été vu en urgence et son épaule avait été immobilisée dans un gilet orthopédique. Il présentait depuis lors une incapacité totale de travail. Les limitations fonctionnelles étaient sévères et les douleurs perturbaient fortement le repos. Une opération avait finalement été planifiée, dont le but était de lui redonner un confort quotidien et une mobilité dans les activités domestiques, mais ne lui permettrait certainement pas de reprendre son activité de maçon même à un taux réduit.

L'assuré s'est fait opérer de l'épaule droite le 20 septembre 2013 (réinsertion de la rupture subtotale du sus-épineux, de la partie haute du sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie de l'épaule droite ; cf. lettre de sortie du Dr R._____ du 30 septembre 2013).

Dans un rapport du 20 décembre 2013, le Dr R._____ a observé que l'évolution de l'épaule droite était lentement favorable, mais que même la prévision la plus optimiste ne permettrait pas d'envisager la reprise de l'activité de maçon. En revanche, une activité de magasinier, de contrôle de petites pièces en bout de production, de gardiennage ou de surveillance serait tout à fait envisageable, compte tenu des restrictions physiques et de la formation de son patient. L'incapacité de travail, quelle que soit la profession envisagée, restait pour l'instant complète pour au moins quatre à cinq mois après l'intervention.

Dans un rapport du 27 janvier 2014, le Dr R._____ a observé une diminution des douleurs et une abduction et antépulsion active atteignant environ 90°. Le traitement de physiothérapie se poursuivait.

Une reprise du travail n'était pas envisagée. Il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure, soit une fragilité des épaules.

L'assuré a été examiné par le Dr J._____, le 9 avril 2014. Dans son rapport du 10 avril 2014, le médecin d'arrondissement a estimé qu'il était clair que l'assuré ne pourrait plus retravailler sur un chantier et lui a proposé d'effectuer un séjour à la Clinique Q._____, (ci-après : la Clinique Q._____), centré sur l'évaluation professionnelle, afin de préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée.

L'assuré a dès lors séjourné à la Clinique Q._____ du 3 juin au 9 juillet 2014. Dans leur rapport du 7 août 2014, le Dr U._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et la Dresse S._____, médecin-assistante, ont notamment relevé ce qui suit au titre de l'appréciation du cas :

« Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics). Toutefois, des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient ont été identifiés. Le patient est à tel point centré sur la douleur, qu'il a été difficile de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne.

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

- physiothérapie
- mini-ECF
- ateliers professionnels
- autre : avis psychosomatique.

Concernant l'antalgie, le programme TENS en électrothérapie, par Compex sur les grands dorsaux a permis de diminuer les douleurs musculaires.

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

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient est ponctuel, participe bien aux thérapies, mais est à tel point concentré sur les douleurs qu'il a été difficile de mettre en place un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : travail au-dessus du plan des épaules ddc [des deux côtés], mouvements répétitifs des membres supérieurs ddc, ports de charges en porte-à-faux ddc, ports de charges lourdes ddc.

La situation est stabilisée du point de vue médical. Nous ne proposons pas de physiothérapie à la sortie. Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable en ce qui concerne les facteurs médicaux retenus après l'accident, mais reste incertain en raison des facteurs non médicaux : patient centré sur la douleur, âge.

Même si, aux ateliers professionnels, le patient démontre de la volonté dans les activités et s'il dit avoir conservé un bon moral et vouloir travailler à un poste adapté, les aspects favorisants ne peuvent pas être clairement objectivés, à ce stade. En effet, le patient est centré sur les douleurs et peu endurant dans les activités. D'autre part, le patient ne maîtrise pas le français et n'a pas de formation ».

Les Drs U. _____ et S. _____ ont attesté une incapacité de travail de 100 % du 3 juin au 10 septembre 2014, date du prochain rendez-vous chez le Dr R. _____, et ont précisé qu'il était « à prévoir une probable incapacité de travail de longue durée dans cette activité professionnelle ».

Le 12 novembre 2014, l'assuré a été revu par le Dr J. _____ pour un examen médical final. Il a apprécié la situation de la manière suivante notamment, dans son rapport du même jour :

« Actuellement, le patient dit qu'il n'y a pas beaucoup de changement. Il souffre toujours des 2 épaules. Il ne peut pas faire de mouvements en hauteur. Lorsqu'il doit porter quelque chose, il se fatigue vite.

Objectivement, les épaules ne paraissent pas enraidies mais elles sont très douloureuses à la mobilisation dès qu'on essaie de dépasser l'horizontale. Les signes du conflit sont ininterprétables. Le lobe est tenu à G [gauche] comme à D [droite] mais la mise sous tension du sus-épineux est bilatéralement douloureuse. La force en rotation externe est conservée ddc. Le sous-scapulaire est difficile à tester. A G, on retrouve un status après rupture du tendon du LCB [long chef du biceps]. La mobilité active est limitée, inchangée.

Passivement les amplitudes articulaires sont améliorables mais le patient ne se laisse pas examiner. Il conserve manifestement beaucoup de force au-dessous de la ligne des épaules.

L'échographie de l'épaule D du 04.06.2014 a montré une déchirure partielle du sus-épineux et une possible déchirure partielle du sous-scapulaire et l'arthro-IRM de l'épaule G du 16.06.2014 a révélé une rupture de la partie profonde des 3/4 supérieurs du sous-scapulaire, une importante amyotrophie et une involution graisseuse des 2/3 du muscle correspondant, tandis que le sus-épineux a paru continu.

Il y a donc une certaine concordance entre l'examen clinique et l'imagerie médicale même si le handicap affiché, chez un patient toujours très dolent et expressif, est un peu hors normes.

Du point de vue thérapeutique, il est probable qu'il faut en rester là.

C'était en tout cas l'avis du Dr [...] lorsqu'il a vu le patient.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du séjour à la Clinique Q. _____.

Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail est entière.

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

La bilatéralité des lésions justifie une augmentation de 2,5 %.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 22,5 % ».

Par décision du 6 novembre 2015 confirmant un projet de décision du 15 juillet 2015, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2013 au 31 octobre 2014. L'assuré était ensuite capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et la perte de gain qu'il subissait représentait un degré d'invalidité de 30.13 %, n'ouvrant pas le droit à une rente. L'assuré a recouru contre cette décision. Le Tribunal cantonal a rejeté le recours le 3 avril 2017 (CASSO AI 324/15 - 108/2017), considérant qu'il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante, généralement applicable en droit des assurances sociales, que dès la sortie de l'assuré de la Clinique Q. _____, la situation au plan médical était stabilisée s'agissant de ses atteintes aux épaules, et qu'il disposait dès lors d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le

Tribunal fédéral a confirmé l'arrêt cantonal par jugement du 7 septembre 2017 (TF 9C_388/2017).

Dans un rapport du 28 janvier 2016, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre hospitalier [...], a constaté l'absence d'atrophie musculaire significative au niveau des fosses sus-épineuses, sous-épineuses et sur les deltoïdes. Activement, la flexion et l'abduction ne dépassaient pas 90° des deux côtés. Le Dr D._____ relevait toutefois « une certaine discordance entre l'importance de la limitation fonctionnelle et les lésions objectives, possiblement en raison des douleurs intenses jouant un rôle dans cette situation ». Il n'était pas certain qu'une révision chirurgicale à droite ou à gauche offrirait le soulagement subjectif escompté, l'assuré étant par ailleurs actuellement opposé à une telle intervention chirurgicale.

Dans un rapport du 1^{er} septembre 2016, les Drs M._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive et Z._____, du Centre B._____, ont observé que les douleurs étaient d'intensité modérément élevée, peu spécifiques, plutôt musculo-squelettiques que neuropathiques et aggravées par les mouvements des bras. Ils ont relevé que le traitement était difficile en raison d'intolérances médicamenteuses multiples, les infiltrations n'apportant qu'un soulagement incomplet et pendant une durée d'environ trois semaines, laquelle était difficile à expliquer dans la mesure où elle ne correspondait ni à la durée d'efficacité des anesthésiques locaux, ni à celles des corticoïdes co-administrés. Les médecins concluaient qu'ils n'avaient pas de solution interventionnelle rationnelle à proposer.

Invité à se prononcer sur les rapports médicaux postérieurs à l'examen du 12 novembre 2014, le Dr J._____ a indiqué, le 8 septembre 2016, que les conclusions dudit examen restaient d'actualité.

Se fondant sur les indications du dernier employeur de l'assuré et sur le système des descriptions de postes de travail (ci-après : DPT)

pour déterminer les revenus avec et sans invalidité, la CNA a rendu une décision d'octroi de rente d'invalidité et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) le 1^{er} juin 2017, dont la teneur est la suivante :

« Les accidents du

Date [...]
22.11.2012 [...]
18.12.2009[...]

donnent droit à des prestations comme suit.

Rente d'invalidité

Les droits résultant de plusieurs accidents doivent être joints. Les investigations sur le plan économique et médical mettent en évidence une diminution globale de la capacité de gagner de 30.00 %. Le gain annuel assuré se monte à CHF 86'119.00.

Les prestations de la Suva se montent à:

Du	Au	Incapacité de gain %	Rente mensuelle	Total par mois CHF	CHF
01.03.2017		30.00	1722.40	1722.40	

La rente se calcule sur la base du salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui précède le dernier accident (gain annuel). La rente s'élève à 80 % de ce revenu en cas d'invalidité totale et diminue en proportion en cas d'invalidité partielle.

La base de calcul de la rente est le revenu qu'a touché l'assuré durant l'année précédant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle (gain annuel). Lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui a précédé l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Il convient de prendre en considération l'évolution salariale statistique dans le domaine d'activités alors exercé. La rente s'élève à 80 % de ce revenu en cas d'invalidité totale et diminue en proportion en cas d'invalidité partielle.

[...]

Le degré de l'incapacité de gain résulte de la comparaison des revenus réalisables avec ou sans handicap.

Lorsqu'un assuré ne reprend plus une activité lucrative après un accident en raison de son âge ou lorsque son âge avancé contribue largement à réduire sa capacité de gain, le degré de l'incapacité de gain se détermine en fonction du revenu qu'un assuré d'âge moyen présentant pareille atteinte à la santé pourrait réaliser.

[...]

Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que M. P. _____ est à même d'exercer une activité professionnelle dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail au-dessus du plan des épaules ddc, pas de mouvements répétitifs des membres supérieurs ddc, sans port de charges en porte-à-faux ddc et sans port de charges lourdes ddc. Une telle activité est exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu de CHF 5'013.- par mois (13ème salaire inclus). Comparé au gain de CHF 7'133.- par mois (13ème salaire inclus) qu'il réaliserait sans l'accident, il en résulte une perte de 29,72 %. Nous allouons dès lors une rente d'invalidité [de] 30 %.

[...] »

La CNA a par ailleurs alloué à l'assuré une IPAI de 28'350 fr. sur la base d'une atteinte à l'intégrité de 22.50 %, déterminée par le Dr J. _____ dans son rapport du 12 novembre 2014.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 6 juillet 2017, considérant d'une part que la CNA aurait dû prendre en compte une atteinte à l'intégrité de 30 % au minimum, critiquant d'autre part la détermination des revenus avec et sans invalidité, de même que les activités retenues comme étant exigibles.

Consulté pour avis sur l'opposition de l'assuré, le Dr J. _____ a confirmé son appréciation médicale le 28 novembre 2017, en ces termes :

« J'ai examiné ce patient à l'agence à 4 reprises, la dernière fois le 12.11.2014.

Lors de cet examen, le patient disait qu'il n'y avait pas beaucoup de changement. Il souffrait toujours des 2 épaules. Il ne pouvait pas faire de mouvements en hauteur. Lorsqu'il devait porter quelque chose, il se fatiguait vite.

Objectivement, les épaules ne paraissaient pas enraidies mais elles étaient très douloureuses à la mobilisation dès qu'on essayait de dépasser l'horizontale. Les signes du conflit étaient ininterprétables. Le Jobe était tenu à G comme à D mais la mise sous tension du sus-épineux était bilatéralement douloureuse. La force en rotation externe était conservée ddc. Le sous-scapulaire était difficile à tester. A G, on retrouvait un status après rupture du tendon du LCB. La mobilité active était limitée, inchangée avec une élévation à 120° et une abduction à 90° ddc. Passivement, les amplitudes articulaires étaient améliorables mais le patient ne se laissait pas examiner. Il

conservait manifestement beaucoup de force au-dessous de la ligne des épaules.

L'échographie de l'épaule D du 04.06.2014 avait montré une déchirure partielle du sus-épineux et une possible déchirure partielle du sous-scapulaire et l'arthro-IRM de l'épaule G du 16.06.2014 avait révélé une rupture de la partie profonde des 3/4 supérieurs du sous-scapulaire, une importante amyotrophie et une involution graisseuse des 2/3 du muscle correspondant, tandis que le sus-épineux avait paru continu.

Il y avait donc une certaine concordance entre l'examen clinique et l'imagerie médicale, même si le handicap affiché, chez un patient toujours très dolent et expressif, était un peu hors normes.

J'avais estimé l'atteinte à l'intégrité à 10% pour chacune des épaules, la situation correspondant, du point de vue fonctionnel, à une omarthrose de gravité moyenne.

La bilatéralité des lésions justifiait une augmentation de 2,5%.

L'atteinte à l'intégrité totale se montait ainsi à 22,5%.

Le 01.06.2017, la Suva a octroyé une rente d'invalidité de 30% dès le 01.03.2017 à l'assuré, assortie d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité du taux précité.

Le 06.07.2017, le mandataire de M. P. _____ a fait opposition à cette décision.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il relève que l'assuré a été examiné à la demande du Dr [...], le 26.01.2016, par le Pr D. _____ et que celui-ci a relevé une limitation de la mobilité en élévation à 90° ddc, partant qu'une atteinte à l'intégrité d'au moins 15% devrait être retenue pour chaque épaule selon la table 1 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/1.f-2000.

Il fait cependant une lecture incomplète du rapport du Pr D. _____ au Dr [...].

En effet, si le Pr D. _____ note effectivement que l'élévation et l'abduction des épaules ne dépassent pas 90°, il relève une certaine « résistance active » liée aux douleurs, l'absence d'atrophie musculaire significative et surtout une mobilité passive complète et symétrique en position couchée. Plus loin, après relecture de l'imagerie médicale, il dit clairement qu'il existe une certaine discordance entre l'importance de la limitation fonctionnelle et les lésions objectives constatées, « possiblement » en raison de douleurs intenses.

En d'autres termes, une certaine autolimitation en lien avec un vécu douloureux subjectif est à nouveau observée.

J'en reste donc à mes conclusions du 12.11.2014. »

Par décision sur opposition du 30 novembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé sa décision du 1^{er} juin 2017.

B. P._____ a recouru contre la décision précitée le 16 janvier 2018, par l'intermédiaire de son mandataire, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la fixation des prestations auxquelles il a droit selon précisions à donner en cours d'instance, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément et nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant conteste la fixation du degré d'invalidité et de l'IPAI. Il observe que le Tribunal cantonal, suivi par le Tribunal fédéral, a retenu un degré d'invalidité de 34 % (33.72 %), que le recours aux DPT paraît scholastique et ne reflète pas le potentiel qu'il aurait été nécessaire d'évaluer de façon concrète et actualisée et que le raisonnement retenu dans la décision attaquée ne tient pas compte de ses limitations effectives. Ses limitations fonctionnelles ont été sous-évaluées et une expertise s'impose selon lui. Il estime par ailleurs l'atteinte à l'intégrité à 15 % par membre, correspondant aux troubles fonctionnels des membres supérieurs, en plus du taux retenu pour l'arthrose, soit un taux de 40 % au total.

Par réponse du 7 février 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le recourant a renoncé à répliquer par écriture du 21 mars 2018.

Les arguments des parties seront pour le surplus repris dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations

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

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

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

b) En l'occurrence, le litige porte sur le degré d'invalidité retenu par l'intimée et par conséquent sur la rente d'invalidité y relative, ainsi que sur la quotité de l'IPAI.

c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle 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 des accidents assurés (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

c) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la

valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, le recourant critique l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée retenue par les médecins de la Clinique Q._____, puis confirmée par le médecin d'arrondissement de la CNA. Il estime que les limitations fonctionnelles qu'il présente sont plus importantes. Une expertise s'impose selon lui, afin de déterminer l'impact de ses limitations fonctionnelles sur sa capacité de gain ainsi que sur le degré de l'IPAI. Il

conteste également le taux d'invalidité retenu, estimant qu'il devrait être plus élevé, notamment au vu du taux retenu par la présente Cour dans son arrêt du 3 avril 2017 (AI 324/15 - 108/2017) concernant les prestations de l'assurance-invalidité. Le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité. En revanche, concernant le revenu d'invalidité, le recourant qualifie de « scolastique » l'utilisation des DPT et demande implicitement l'utilisation des données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), comme l'a fait l'OAI. Il considère finalement que le degré de l'IPAI devrait être fixé à 40 %.

b) Il n'est pas contesté que suite aux deux accidents dont il a été victime les 18 décembre 2009 et 22 novembre 2012, le recourant ne présente plus aucune capacité de travail dans l'activité habituelle de maçon. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la situation faite par les médecins de la Clinique Q._____ selon laquelle le recourant disposait à ce moment-là, sur un plan strictement objectif, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Lors de son séjour à la Clinique Q._____ l'intéressé décrivait un manque de force et de mobilité. Il ajoutait ne pas pouvoir lever les bras au-dessus du plan des épaules, ni porter de petites charges de 6 kg. Les médecins de la Clinique Q._____ ont toutefois retenu les limitations fonctionnelles suivantes : travail au-dessus du plan des épaules des deux côtés, mouvements répétitifs des membres supérieurs, port de charges en porte-à-faux et port de charges lourdes. Le pronostic de réinsertion était favorable en ce qui concerne les facteurs médicaux retenus après l'accident, mais restait incertain en raison de facteurs non médicaux, à savoir que l'intéressé était centré sur la douleur et peu endurant dans les activités. Dans son appréciation du 12 novembre 2014, le Dr J._____ s'est rallié aux conclusions de la Clinique Q._____, précisant qu'il y avait une certaine concordance entre l'examen clinique et l'imagerie médicale même si le handicap affiché, chez un patient toujours très dolent et expressif, était un peu hors norme.

Le recourant estime que ses limitations fonctionnelles ont été sous-évaluées, alléguant comme lors de son séjour à la Clinique Q. _____ qu'il n'est pas en mesure de soulever des charges de 5 kg et qu'il présente des douleurs même en faisant de petits mouvements. Toutefois, ses affirmations ne correspondent pas aux constatations médicales figurant au dossier, l'intéressé ne s'appuyant au demeurant sur aucune autre pièce médicale probante. Ainsi, si le Dr D. _____ a retenu une élévation et une abduction des épaules ne dépassant pas 90°, il a constaté une « résistance active » liée aux douleurs, l'absence d'atrophie musculaire significative et une mobilité passive complète et symétrique en position couchée (cf. rapport du 28 janvier 2016). En outre, après examen de l'IRM, il a considéré qu'il y avait une certaine discordance entre l'importance de la limitation fonctionnelle et les lésions objectives constatées « possiblement » en raison de douleurs intenses. Dans son appréciation médicale du 28 novembre 2017, le Dr J. _____ a confirmé ses conclusions précédentes, respectivement les limitations fonctionnelles retenues, expliquant le comportement de l'assuré par le fait qu'il présentait une autolimitation en lien avec un vécu douloureux subjectif. Il sied dès lors de considérer qu'au regard des limitations fonctionnelles mises en évidence dans les documents figurant au dossier, il n'apparaît nullement déraisonnable, d'après l'expérience générale de la vie, de considérer que le recourant pourrait exercer une activité à plein temps, pour autant que celle-ci ménage ses deux épaules conformément aux limitations fonctionnelles retenues.

c) Au vu de ce qui précède, et en l'absence d'éléments au dossier permettant de remettre en question les conclusions des médecins de la Clinique Q. _____ et celles du Dr J. _____, c'est à juste titre que l'intimée a retenu que le recourant dispose, compte tenu des seules séquelles de ses accidents, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il ne se justifie pas, par conséquent, de mettre en œuvre les mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant, soit une expertise sur la question des limitations fonctionnelles, dès lors que ces mesures n'apparaissent pas, en l'état, de nature à apporter un éclairage différent

des éléments retenus ci-dessus. Il est le lieu de rappeler que la portée du principe inquisitoire est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées).

5. Afin de déterminer le revenu que le recourant pouvait réaliser en 2017 – date déterminante pour la comparaison des revenus (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174 consid. 4a) – malgré son atteinte à la santé sur un marché du travail équilibré, l'intimée s'est référée à cinq DPT tirées de sa base de données interne (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1).

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

b) En l'occurrence, pour établir le revenu sans invalidité, l'intimée s'est fondée à juste titre sur les déclarations de l'employeur

N._____, selon lesquelles le salaire annuel aurait été en 2017 de 6'585 fr. par mois X13 (85'605 fr.) (cf. courriel de l'employeur à la CNA du 16 mars 2017). Ce montant n'étant pas contesté, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

S'agissant du revenu avec invalidité, il n'y a pas lieu de s'écarter des DPT prises en considération par l'intimée et du montant de 5013 fr. par mois (60'164 fr. par an) retenu à ce titre. Compte tenu des limitations indiquées par la Clinique Q._____ et confirmées par le Dr J._____, il apparaît que les DPT auxquelles l'intimée se réfère, soit ouvrier de production (rectification et finition de pièces destinées à l'horlogerie, instruments de mesure, domaine médical), contrôle de production (contrôle visuel de qualité), façonneur de lumière (montage de réflecteurs pour appareils photographiques et cinématographiques), collaborateur de production (soudure laser de pièces en tôle pour la construction de machines) et ouvrier à l'ébavurage (fabrication d'éléments de carrosserie de friteuses), sont compatibles avec l'état de santé du recourant. En outre, les activités retenues n'exigent aucune formation pour certaines, et une formations élémentaire pour d'autres, de sorte qu'elles peuvent être exercées par le recourant. Les DPT produites au dossier indiquent au demeurant le nombre total de places de travail entrant en considération compte tenu des atteintes présentées, de sorte qu'il est possible d'en vérifier la représentativité.

c) La comparaison d'un revenu d'invalidé de 60'164 fr. avec un revenu sans invalidité - non contesté - de 85'605 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 30 %.

Pour le surplus, contrairement à ce que soutient implicitement le recourant, la référence aux statistiques salariales tirées de l'ESS ne permettrait pas d'aboutir à un résultat plus favorable.

En effet, dans cette hypothèse, il y aurait alors lieu de retenir comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les hommes dans l'accomplissement de tâches physiques ou manuelles simples dans le

secteur privé (production et services), soit en 2016, 6'121 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (ESS 2016, TA 1 niveau de qualification 1). Ce salaire doit toutefois être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2017, à savoir 41.7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu sans invalidité, sur la base de l'ESS, s'élève ainsi à 6'381 fr. 15 par mois, correspondant à un montant de 76'573 fr. 70 par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2016 à 2017, ce qui conduit à un gain mensuel de 6'406 fr. 70 correspondant à un gain annuel de 76'880 fr. 40 (+ 0.4 % [La Vie économique, tableau B 10.2]).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité / catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

En l'occurrence, la Cour de céans a considéré dans son arrêt du 3 avril 2017, qu'il convenait de tenir compte d'un abattement de 15 %. Le revenu avec invalidité s'élève ainsi à 5'445 fr. 70 par mois, respectivement à 65'348 fr. par an. Comparé au revenu sans invalidité de 85'605 fr., il en résulterait un taux d'invalidité de 23.65 % en 2017. La solution la plus favorable au recourant consistait donc bien à utiliser la méthode des DPT.

d) L'intimée était donc fondée à retenir que le taux d'invalidité était de 30 %. Il convient d'observer que la différence dans le taux d'invalidité obtenu, soit 34 % pour l'OAI et 30 % pour la CNA, s'explique par le fait que les années de référence sont différentes, soit 2014 pour le premier et 2017 pour la deuxième. On observe également que l'OAI s'est référé aux données ressortant de l'extrait du Compte individuel du

recourant en 2011, adapté à 2014, pour déterminer le revenu sans invalidité, tandis que l'intimée s'est fondée sur les renseignements fournis par l'employeur N._____ dans son courriel du 16 mars 2017.

6. Pour finir, le recourant conteste l'estimation qu'a faite l'intimée de son atteinte à l'intégrité et de l'indemnité qu'il peut prétendre à ce titre.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance fédérale 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 prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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, *op. cit.*, n° 311 p. 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même

(TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

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 précité consid. 5.2 avec les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

b) En l'espèce, pour déterminer le taux de l'atteinte à l'intégrité, l'intimée s'est fondée sur le rapport du 12 novembre 2013 du Dr J._____. Ce spécialiste s'est référé à la table 5 du barème de l'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Il a relevé que la situation correspondait, du point de vue fonctionnel, à une omarthrose de

gravité moyenne. Il a donc retenu un taux de 10 % par épaule, avec une augmentation de 2.5 % en raison de la bilatéralité de l'atteinte.

Le degré d'indemnisation de 15% que le recourant voudrait se voir reconnaître correspond à une épaule mobile jusqu'à l'horizontale. Il ressort toutefois des constatations médicales faites par la Cour de céans que la mobilité de l'épaule était légèrement limitée avec une élévation possible des deux côtés à 120° en actif, 140° en passif avec une autolimitation. Force est de constater que l'amplitude mise en évidence par la Clinique Q. _____ et le Dr J. _____ est supérieure à celle donnant droit à une indemnisation au titre de la table 1 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (indemnité de 10 % en cas de mobilité jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale). L'atteinte du recourant ne figurant pas dans la liste des troubles résultant des tables d'indemnisation, le Dr J. _____ a assimilé son atteinte à une omarthrose de gravité moyenne et retenu un taux de 10 % pour chaque épaule pour tenir compte de la gravité actuelle de l'atteinte. La manière de procéder du Dr J. _____, qui tient compte de façon proportionnée de l'importance de l'atteinte à l'épaule, ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

c) Ce constat ne préjuge pas la question d'une éventuelle péjoration de l'intégrité du recourant postérieurement à la décision litigieuse du 30 novembre 2017, laquelle pourra faire l'objet, cas échéant, d'un nouvel examen.

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

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 30 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 Olivier Carré, avocat (pour P. _____),
- Me Olivier Derivaz, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :