

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

M. Piguet et Mme Durussel, juges

Greffier : M. Klay

* * * * *

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant, représenté par Dextra Protection juridique SA,
à Zurich,

et

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

Art. 16, 61 let. c LPGA ; art. 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, ferrailleur au bénéfice de l'indemnité de chômage, est tombé d'une échelle le 29 août 2012 et a présenté une fracture de l'épine calcanéenne des deux côtés. Le 14 septembre 2012, il a fait une glissade en sortant de la douche, laquelle s'est soldée par une luxation de l'épaule gauche. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge les suites de ces deux accidents. Le traitement est resté conservateur.

Par rapport du 10 avril 2013 ensuite d'un examen médical final du même jour, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a considéré que l'assuré était apte à reprendre le travail à 50 % dès le 22 avril 2013 et à 100 % dès le 1^{er} mai 2013.

Le 11 avril 2013, la CNA a informé l'intéressé que les prestations seraient versées en tenant compte des conclusions du Dr K. _____.

A teneur d'un rapport du 26 février 2014 ensuite d'un examen médical final du même jour, le Dr K. _____ a estimé que l'évolution de la fracture des épines calcanéennes des deux pieds était favorable. Par ailleurs, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, au motif qu'il présentait une arthrose gléno-humérale gauche débutante dans les suites de sa luxation de l'épaule gauche. Le Dr K. _____ a ajouté que la capacité de travail de l'intéressé était pleine dans une activité ne nécessitant ni port de charge répété de plus de 20 kg, ni travaux répétés au-dessus du niveau de l'horizontale.

Dans une décision du 26 mars 2014, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, d'un montant de 6'300 fr., pour les séquelles de l'événement du 14 septembre 2012.

Alors qu'il travaillait depuis le 1^{er} janvier 2015 en tant que responsable des travaux de constructions pour le compte de la société D. _____ Sàrl - dont il était associé gérant président -, l'assuré a fait une chute sur l'épaule gauche le 11 septembre 2015. La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

Par rapport du 6 juin 2016, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant, a posé le diagnostic d'omarthrose secondaire de l'épaule gauche post traumatique et d'instabilité épaule gauche avec fracture de Bankart datant du 14 septembre 2012. L'évolution était défavorable dans le sens d'une symptomatologie progressive avec des douleurs et une impotence fonctionnelle au niveau de l'épaule gauche. Selon le Dr F. _____, sans intervention chirurgicale, le pronostic était défavorable avec évolution vers une omarthrose sévère. Ce médecin a indiqué que la pose d'une prothèse totale de l'épaule anatomique avait ainsi été planifiée pour le 24 août 2016.

Le Dr F. _____ a effectué l'opération susmentionnée à la date du 24 août 2016 et a mené le suivi post opératoire.

L'assuré a séjourné au sein de la Clinique H. _____ (ci-après : la H. _____) du 16 mai au 13 juin 2017. A cette occasion, il a été examiné par plusieurs médecins et professionnels de la santé. Dans ce cadre, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de la H. _____, a conclu, ensuite d'une consultation orthopédique du 19 mai 2017, que l'assuré présentait des séquelles douloureuses dans les suites d'une mise en place d'une prothèse totale d'épaule chez un patient travailleur de force. Selon ce médecin, l'évolution était favorable. Par contre, il était important d'insister auprès de l'intéressé sur les suites d'une prothèse d'épaule. Le Dr Q. _____ a ajouté que, personnellement, il pensait qu'il n'était pas recommandé d'envisager une reprise de son activité professionnelle

lourde comme ferrailleur, afin d'éviter un descellement précoce de l'implant.

Au terme du séjour à la H._____, les Drs P._____ et A._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique, respectivement médecin-assistant au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la H._____, ont, par rapport de synthèse du 30 juin 2017, considéré ce qui suit :

« [...] »

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- **Thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgie gauche**

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- **15.09.2012 : luxation gléno-humérale antéro-inférieur gauche, (premier épisode), traitée conservativement**
- **21.11.2012 : arthrose AC + déchirure intra-substantielle à l'insertion du tendon supra-épineux + Bankart osseux et lésion de Hill Sachs + amincissement du cartilage de l'articulation gléno-humérale avec fissuration sur le versant glénoïdien + altération du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur sur arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] d'épaule gauche**
- **05.07.2013 : lésion de type SLAP [Superior Labrum from Anterior to Posterior] V + micro-déchirure du labrum postérieur sur arthro-IRM d'épaule gauche**
- **16.01.2014 : omarthrose centrée gauche sur RX [radiographie]**
- **08.10.2015 : déchirure partielle du tendon supra-épineux gauche sur IRM**
- **23.02.2017 : lésion transfixiante du supra-épineux gauche sur arthro-CT [scanner]**
- **18.05.2017 cervico-discarthrose C3-C4, C4-C5, C5-C6 sur RX**
- **29.05.2017 : ralentissement focal des conceptions sensitivomotrices du nerf médian gauche au passage du carpe**
- **06.06.2017 : signes de tendinopathie du sous-scapulaire et du long chef du biceps sur US [ultrason] de l'épaule droite**

INTERVENTIONS

- **24.08.2016 : prothèse totale d'épaule gauche**

CO-MORBIDITES

- **Obésité grade I OMS [Organisation mondiale de la Santé], BMI [indice de masse corporelle] : 30.97 kg/m²**

ANTECEDENTS

- **29.08.2012 : fracture des deux épines calcanéennes, traitée conservativement**
- **11.09.2015 : chute de sa hauteur, avec réception sur la main gauche**

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

[...]

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : cervico-discarthrose C3-C4, C4-C5, C5-C6 sur RX et signes de tendinopathie du sous-scapulaire et du long chef du biceps suite à l'US de l'épaule D [droite].

Sur le plan psychiatrique : aucun diagnostic psychopathologique n'est retenu.

Sur le plan neurologique : ralentissement focal des conductions sensitivomotrices du nerf médian gauche au passage du carpe, sans aucun argument pour une neuropathie en rapport avec le problème d'épaule (Cf. rapports de neurologie).

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : notamment les nombreuses autolimitations et une perception élevée de son handicap fonctionnel.

[...]

L'évolution subjective et objective n'est pas favorable (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient restait centré sur ses douleurs et présentait beaucoup d'autolimitations.

Des incohérences ont été relevées : la péjoration de tous les tests objectifs, y compris ceux qui ne mettent pas en jeu l'épaule (test d'endurance, sur le vélo, les variations inexplicables dans le port de charge au cours du séjour), ne trouve pas d'explication médicale convaincante.

Une évaluation des capacités fonctionnelles a été réalisée durant le séjour. Au début, il a présenté un PACT [Performance Assessment and Capacity Testing] à 100, ce qui correspond à une activité sédentaire. Le niveau d'effort fourni lors des tests a été moyen, entre 10 et 15 kg. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut relever que le sujet sous-estime ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante pour les tests de port de charge. Le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été moyen.

Pendant le séjour, le patient a été pris en charge aux ateliers professionnels, sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives, dans des activités très légères, inférieures à 5 kg. Là également, il est constaté que le patient est centré sur les douleurs et s'autolimité.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues à l'égard de son épaule gauche : activités prolongées et/ou répétitives au-dessus du plan des épaules, activités prolongées et/ou répétitives avec le MSG [membre supérieur gauche] en porte à faux, ports de charges lourdes (> à 15 kg).

La situation est pratiquement stabilisée du point de vue médical pour son épaule G, en ce sens que l'évolution est indifférente aux traitements prescrits et qu'il n'y a pas de proposition thérapeutique à retenir susceptible d'améliorer significativement et durablement la situation.

Une stabilisation médicale définitive de son épaule D est attendue dans un délai de : 1-2 mois.

Pendant le séjour, le patient a bénéficié d'une consultation auprès du spécialiste en orthopédie. Il est préconisé de continuer le traitement conservateur. L'évolution sur le plan chirurgical est considérée favorable. Aucune intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de ferrailleur est défavorable et lié aux facteurs médicaux retenus et aux positions et aux charges trop lourdes et positions trop contraignantes pour l'épaule gauche.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable sur le plan médical. On s'attend à une pleine capacité dans une telle activité. A noter toutefois que l'interférence de facteurs non médicaux pourrait ralentir le processus de réinsertion.

[...] »

Dans un rapport du 20 septembre 2017, le Dr F. _____ a posé les diagnostics de status post prothèse totale d'épaule gauche type anatomique, d'insuffisance du sous-scapulaire épaule gauche et de bursite sous-acromio-deltoïdienne avec tendinopathie du sus- et sous-épineux épaule droite. Il a indiqué que concernant l'épaule gauche, l'état était

stabilisé, avec une bonne mobilité active ainsi que passive et avec une bonne force musculaire généralement avec affaiblissement lors du testing sous-scapulaire. L'ultrason confirmait une intégrité du sous-scapulaire sans déchirure ni désinsertion. La radiographie de contrôle montrait une prothèse en place avec une bonne centration sans signe de descellement. Selon ce médecin, il était clair qu'à long terme, l'assuré ne pourrait pas reprendre une activité physique avec port de charges lourdes, gestes répétitifs ou travail avec le bras au niveau et au-dessus de l'horizontale.

Par rapport d'examen final du 8 novembre 2017, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a apprécié le cas de l'assuré de la manière suivante :

« [...]

Le patient, qui est venu avec sa fille, dit qu'on a beaucoup trop forcé lors de son séjour à Sion et qu'il a vu d'importantes douleurs de l'épaule controlatérale apparaître dès la 2^{ème} semaine parce qu'il compensait le manque de force de l'épaule G [gauche] avec le MSD [membre supérieur droit]. Ses plaintes n'ont pas été entendues. On l'a enjoint à continuer les exercices jusqu'à ce qu'on se décide à lui faire une échographie de l'épaule D [droite], constatant une inflammation. A la fin du séjour, le patient ne pouvait plus porter la main D à sa bouche et changer les vitesses de sa voiture, tant il avait mal.

Actuellement, avec la physiothérapie, le patient admet que l'état de l'épaule D s'est nettement amélioré tandis que celui de l'épaule G est inchangé avec des douleurs persistantes et un manque de force, surtout en rotation interne. La nuit, le patient est obligé de dormir sur le dos mais il ronfle et s'il se couche sur le côté, il est fréquemment réveillé.

A l'examen clinique, on retrouve un patient faisant un peu plus que son âge, de grande taille et très solidement constitué, à la thymie maintenue, qui ne semble pas avoir de limitation fonctionnelle vraiment majeure.

Objectivement, les épaules sont souples. La mobilisation est diffusément douloureuse, nettement plus à G qu'à D. Le Jobe est tenu ddc [des deux côtés]. La force en rotation externe paraît également bilatéralement conservée. A G, le sous-scapulaire manque de force alors qu'il est normo-fonctionnel à D. De ce côté, la mobilité active est quasi complète alors qu'elle reste modérément limitée à G, surtout en rotation interne. Passivement, les amplitudes articulaires sont améliorables d'une vingtaine de degré. Globalement, la force est bien restaurée à D, plus limitée à G.

Je me suis fait faxer le rapport de l'arthro-IRM de l'épaule D du 22.09.2017.

On décrit essentiellement une omarthrose avec une formation kystique de l'échancrure spino-glénoïdienne, pouvant entraîner une compression du nerf supra-scapulaire.

Il s'agit donc d'une atteinte dégénérative de l'épaule D que les efforts consentis par le patient lors de son séjour à la H._____ ont pu décompenser mais qui n'est nullement en relation avec les accidents du 14.09.2012 et du 11.09.2015.

[...] »

Aux termes d'un rapport du 6 décembre 2017, le Dr J._____, spécialiste en neurologie, a expliqué que, sur le plan neurologique, on pouvait déterminer une atteinte du nerf sus-épineux droit ayant entraîné une atrophie neurogène des muscles sus et sous-épineux droits. Selon ce médecin, « le lieu de la compression [était] proximal par rapport au muscle sus-épineux, mais ne [pouvait] pas être précisé (effet du kyste démontré radiologiquement ?) ».

Dans une appréciation médicale du 10 janvier 2018, le Dr B._____ a écrit ce qui suit :

« [...]

Le Dr J._____ semble conclure à une atteinte du nerf supra-scapulaire D (qu'il appelle nerf sus-épineux), sans être sûr que la formation kystique de l'échancrure spino-glénoïdienne soit en cause.

Quoi qu'il en soit, comme je l'ai expliqué à l'issue de mon examen à l'agence du 08.11.2017, l'épaule D ne saurait concerner durablement la Suva.

Pour l'épaule G, la situation est stabilisée du point de vue médical.

Pour moi, il s'agit d'un bon résultat après mise en place d'une prothèse totale d'épaule anatomique, ce que le Dr Q._____ a confirmé lors de son examen du 19.05.2017.

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

Dans une activité respectant ces limitations, il est clair que 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 15% peut être retenu.

5% ont déjà été versés le 26.03.2014.

Les 10% qui restent à indemniser sont à mettre sur le compte de l'accident du 14.09.2012 ([...]), celui du 11.09.2015 n'ayant pas entraîné grand-chose. »

Le 24 janvier 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} mars 2018.

Par rapport du 29 janvier 2018, le Dr F. _____ a notamment indiqué que le traitement concernant l'épaule gauche s'était terminé le 13 septembre 2017.

Le 22 mars 2018, la CNA a listé trois cent vingt-neuf descriptions de postes, tirées de sa base de données relative à des descriptions de postes de travail auprès de différentes entreprises suisses (DPT). Elle en a retenu cinq, pour des emplois de rectifieur (DPT n° [...]), de fabricant d'instruments de mesure (DPT n° [...]) et de collaborateurs de production (DPT n° [...], [...] et [...]). La moyenne des salaires correspondait à un revenu annuel moyen de 64'880 fr., à un revenu annuel minimal de 60'510 fr. et à un revenu annuel maximal de 69'250 francs. Aucun de ces postes ne nécessitait de soulever ou porter des charges supérieures à 10 kg, de soulever des charges au-dessus du buste, ou de travail au-dessus de la tête.

Dans une décision du 22 mars 2018, la CNA a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 10 %, soit d'un montant de 12'600 francs. En substance, elle a considéré que compte tenu des séquelles de l'accident, l'intéressé pouvait exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie respectant ses limitations fonctionnelles. Une telle activité, exigible durant toute la journée, lui permettrait de réaliser un salaire annuel de 64'880 francs. Comparé au gain annuel de 70'512 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de salaire de

7,98 %, de sorte qu'une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident n'existait pas.

Le 15 avril 2018, l'intéressé s'est opposé à cette décision, contestant les limitations fonctionnelles et le salaire d'invalidé retenus, et faisant notamment état d'une détérioration de son épaule droite, en plus de la gauche, ensuite de son séjour à la H._____. Il souhaitait en outre connaître le détail des calculs opérés par la CNA.

Par décision sur opposition du 24 avril 2018, la CNA a rejeté l'opposition. En substance, elle a maintenu sa position et ajouté que, le 10 janvier 2018, le Dr B._____ avait confirmé que, s'agissant de l'épaule gauche, la situation était stabilisée d'un point de vue médical et énoncé que la capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations suivantes, définies lors du séjour à la H._____ : activité prolongées et/ou répétitives au-dessus du plan des épaules, activités prolongées et/ou répétitives avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux, port de charges lourdes (> à 15 kg). Il était ainsi légitime d'examiner le droit à la rente d'invalidité de l'assuré dans une activité ne sollicitant pas le membre supérieur gauche. Elle a ajouté que les troubles dans l'épaule droite ne la concernaient pas.

B. Par acte adressé le 25 mai 2018 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, O._____, représenté par Dextra Protection juridique SA, a recouru contre la décision sur opposition susmentionnée, en concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité, qu'il conviendra principalement de chiffrer une fois connues les conclusions d'une expertise à mettre en œuvre, ou qui sera déterminée subsidiairement sur la base d'une invalidité de 15,86 %. En outre, il a requis la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr F._____, afin d'évaluer ses limitations fonctionnelles en raison de sa lésion à l'épaule gauche. En substance, il a critiqué les conclusions des médecins de la H._____, en ajoutant qu'un rapport allait suivre, dans lequel le Dr F._____ expliquerait que les limitations fonctionnelles étaient plus importantes que celles retenues. Il a fait valoir par ailleurs que les

prescriptions procédurales imposées par le Tribunal fédéral pour appliquer les DPT n'avaient pas été respectées par l'intimée, de sorte qu'il convenait d'annuler le calcul de cette dernière et de se fonder sur les statistiques salariales de l'Office fédéral de la santé. Il retenait sur cette base un revenu d'invalidé annuel de 59'328 fr., laissant apparaître une perte de salaire de 15,86 %.

Le 11 juin 2018, le recourant a produit un rapport du 5 juin 2018, par lequel le Dr F._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status post prothèse totale de l'épaule gauche type anatomique pour une omarthrose secondaire post traumatique de l'épaule gauche le 24 août 2016 avec insuffisance partielle du muscle sous-capitulaire épaule gauche. Selon ce médecin, ce diagnostic entraînait des limitations fonctionnelles durables, voire permanentes, en ce sens que l'intéressé restait limité concernant les activités avec le bras gauche, notamment pour les gestes avec le bras au niveau et au-dessus de l'horizontale, ainsi que pour des gestes répétitifs, pour les activités en rotation interne et pour le port de charges lourdes. Le recourant pouvait exercer des activités légères adaptées à ces limitations fonctionnelles. S'agissant des limitations fonctionnelles retenues par l'intimée, le Dr F._____ a considéré ce qui suit :

« En principe, je suis d'accord avec les limitations fonctionnelles décrites par la SUVA, cependant on peut discuter d'une charge maximale qui dépend surtout de l'activité exercée. A mon avis, M. O._____ ne peut pas porter de charge de plus de 10 kg (porter de la main gauche). Concernant l'activité élever/porter devant (une main) la charge ne devrait pas dépasser 5 kg. Il peut donc effectuer des activités légères sédentaires ou des activités debout à hauteur de table ou d'établi. »

Dans sa réponse du 3 juillet 2018, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours. Elle a contesté ne pas avoir respecté la procédure applicable aux DPT, lesquelles s'inscrivaient en outre parfaitement dans le cadre de l'exigibilité médicale définie par le Dr B._____ et par les médecins de la H._____. Ces derniers avaient estimé que les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant ne

s'expliquaient pas uniquement par les lésions objectives constatées, mais également par des facteurs non médicaux.

E n d r o i t :

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

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

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

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à percevoir une rente d'invalidité de la part de l'intimée. En revanche,

l'intéressé ne contestant pas le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il n'en sera pas traité plus avant.

3. a) Il sera noté 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 événements litigieux (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

b) Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 LPGA). 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 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité 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 - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2) - 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.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et réf. cit. ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le

tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et réf. cit. ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit ainsi être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) En l'espèce, il est constant que le recourant a subi des accidents le 14 septembre 2012 et le 11 septembre 2015, qui ont entraîné des atteintes à son épaule gauche engageant la responsabilité de l'intimée. Il en est de même de la stabilisation de ladite épaule du point de vue médical et du fait que la capacité de travail de l'intéressé est désormais nulle dans son activité habituelle de ferrailleur, compte tenu de ces atteintes. Le recourant conteste cependant les conclusions des médecins de la H. _____ - retenues par l'intimée pour fonder la décision

sur opposition litigieuse -, selon lesquelles il présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes, relatives à son épaule gauche : activités prolongées et ou/répétitives au-dessus du plan des épaules, activités prolongées et/ou répétitives avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux, ports de charges de plus de 15 kg.

L'intéressé allègue que ces limitations ne sauraient être représentatives de la réalité, car il ne pourrait supporter les contraintes physiques correspondantes qu'au prix de douleurs insoutenables, ce dont les médecins de la H._____ avaient fait abstraction. Il ressort cependant du rapport du 30 juin 2017 que ces médecins ont pleinement apprécié la situation de l'intéressé. Ils ont en effet notamment considéré que la participation du recourant aux thérapies était moyenne, à l'instar du niveau de cohérence pendant l'évaluation. Au vu des résultats réalisés, ils ont relevé que l'intéressé sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles. Celui-ci restait centré sur ses douleurs, présentait beaucoup d'autolimitations et avait une perception élevée de son handicap fonctionnel. Ces facteurs non médicaux pourraient ralentir le processus de réinsertion. Les médecins de la H._____ ont précisé en particulier que la volonté de donner le maximum avait été insuffisante pour les tests de port de charges. Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que la non prise en compte des douleurs insoutenables alléguées par le recourant - lesquelles sont par nature subjectives - ont spécifiquement fait l'objet d'une appréciation motivée et convaincante de la part des médecins de la H._____.

Aucun document au dossier ne vient jeter le doute sur ce qui précède. En particulier, l'intéressé a produit à l'appui de sa position un rapport du 5 juin 2018, dans lequel le Dr F._____ a indiqué rejoindre pour l'essentiel les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée, ne s'en écartant que pour revoir à la baisse le poids maximum des charges que l'intéressé pouvait porter. Or, force est de constater que ce rapport est pour le moins succinct. On ne retrouve notamment aucun examen clinique - ni d'ailleurs d'anamnèse - censé sous-tendre ces conclusions. Le

Dr F._____ n'a ainsi pas justifié ce qui l'amenait à se distancier des conclusions des médecins de la H._____.

Partant, le recourant n'apporte aucun élément objectif et médicalement attesté qui aurait été ignoré par les médecins de la H._____ et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause leurs conclusions. Le rapport du 30 juin 2017 des Drs P._____ et A._____ doit se voir attribuer pleine valeur probante (cf. consid. 3b *supra*). En effet ces médecins ont pris en considération l'ensemble des constatations objectives pertinentes. Leurs conclusions sont claires et motivées et ne souffrent d'aucune contradiction. Le résultat auquel ils ont abouti est convaincant. Il y a dès lors lieu de s'y rallier et de retenir, à l'instar du Dr B._____ (cf. appréciation médicale du 10 janvier 2018) et de l'intimée, les limitations fonctionnelles qui y sont décrites.

b) A toutes fins utiles, il est précisé que les atteintes du recourant à son épaule droite n'ont pas à être prises en charge par l'intimée, dans la mesure où elles ne découlent pas d'accidents engageant la responsabilité de l'assureur-accidents (cf. rapport d'examen final du 8 novembre 2017 et appréciation médicale du 10 janvier 2018 du Dr B._____). L'intéressé ne prétend d'ailleurs pas le contraire, de sorte qu'il n'est pas utile de se pencher plus avant sur ce point.

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

comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité assurée 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). Il est admis 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 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3^e éd., Bâle 2016, n° 236 – 241). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

b) En l'espèce, le recourant ne discute pas du revenu annuel sans invalidité de 70'512 fr. retenu par l'intimée, lequel peut être confirmé sans de plus amples développements.

Il conteste toutefois le revenu annuel d'invalidé arrêté à 64'880 francs sur la base de DPT. En particulier, il fait grief à l'intimée de ne pas avoir respecté les prescriptions procédurales imposées par le

Tribunal fédéral pour appliquer les DPT. L'intéressé ne saurait être suivi. En effet, il ressort du dossier que l'intimée a listé trois cent vingt-neuf DPT. Afin de fixer le revenu d'invalidé, il en a retenu cinq (n° [...], [...], [...], [...] et [...]), pour des postes de rectifieur, de fabricant d'instruments de mesure et de collaborateurs de production. La moyenne des salaires correspondait à un revenu annuel moyen de 64'880 fr., à un revenu annuel minimal de 60'510 fr. et à un revenu annuel maximal de 69'250 francs. Les cinq DPT figurant au dossier respectaient en outre les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la H._____. Elles vont même au-delà puisqu'aucune ne prévoyait le port de charges supérieures à 10 kg. Ces informations figuraient toutes au dossier du recourant auprès de l'intimée, dossier auquel celui-ci avait pleinement accès. Partant, les conditions posées par la jurisprudence en la matière étaient réalisées (cf. consid. 5a *supra*), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du revenu d'invalidé constaté par l'intimée.

Force est ainsi de constater, avec l'intimée, que le taux d'invalidité du recourant, déterminé sur la base des DPT, est bien de 7,98 % ($(70'512 \text{ fr.} - 64'880 \text{ fr.}) / 70'512 \text{ fr.} \times 100$). Le recourant ne peut ainsi prétendre à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA).

6. L'intéressé requiert qu'une expertise confiée au Dr F._____ soit mise en œuvre afin d'évaluer ses limitations fonctionnelles en raison de ses lésions à l'épaule gauche. Outre le fait que ce médecin traitant ne saurait être désigné expert dans une affaire concernant son patient, il convient de rejeter cette requête, dès lors que les rapports médicaux au dossier permettent de statuer en connaissance de cause et qu'une expertise ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, de poser d'autres constatations relatives à l'état de fait pertinent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

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

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

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 24 avril 2018 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 :

Le greffier :

Du

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

- Dextra Protection juridique SA (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).

Le greffier :