

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 septembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Durussel, juge, et Monsieur Perreten, assesseur,
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

K. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Unia Vaud, à Lausanne,

et

X. _____, à Lucerne, intimée.

Art. 8 LPGA ; art. 18 LAA

En fait :

A. a) K._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...] 1961, ressortissant portugais, a suivi l'école obligatoire jusqu'à l'âge de 14 ans, puis s'est formé sur le tas comme plâtrier au [...]. Il a travaillé en Suisse de 1981 à 2001, puis est retourné vivre au [...]. De retour en Suisse en avril 2010, il a depuis travaillé en qualité de plâtrier-peintre pour le compte de l'entreprise [...], à [...].

b) L'assuré a chuté d'une échelle le 8 janvier 2015 alors qu'il était sur un chantier. Une IRM de l'épaule droite du 21 janvier 2015 a témoigné d'une rupture complète du tendon sus-épineux, d'une rupture subtotale à complète du tendon sous-scapulaire, d'une lésion du long chef du biceps, d'une tendinopathie avec déchirure partielle à l'insertion du sous-épineux, d'un remodelé ostéo-arthrosique acromio claviculaire, d'une tendinopathie d'insertion chronique modérée et d'un épanchement avec capsulo-synovite.

Une incapacité totale de travail a été attestée. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a pris cet accident professionnel en charge, en collaboration avec l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), l'assuré ayant déposé une demande de prestations le 10 août 2015, en lien avec les douleurs à l'épaule résultant de cet accident.

L'assuré a subi une première opération (acromioplastie avec bursectomie et résection transosseuse du sus-épineux droit par arthroscopie) le 6 mai 2015, réalisée par le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il a été vu par le Dr L._____, médecin d'arrondissement de la CNA le 28 octobre 2015, qui a conclu, devant un manque de force et la persistance de fortes douleurs, à une rupture itérative de la coiffe des rotateurs.

Du 3 novembre 2015 au 9 décembre 2015, l'assuré a bénéficié d'un séjour à la Clinique [...] (ci-après : [...]). A l'issue du séjour, le Dr

J._____, spécialiste en rhumatologie, a considéré que le cas n'était pas stabilisé. Cependant, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (port de lourdes charges, travail prolongé au-dessus du plan des épaules, activités répétitives surtout avec force du membre supérieur droit, activités avec le membre supérieur gauche en porte à faux surtout avec force) était favorable. Dans une telle activité, la capacité de travail était totale.

L'assuré a subi une reprise chirurgicale pour re-rupture partielle du tendon du sus-épineux le 9 mars 2016, pratiquée par le Dr B._____ (résection de l'extrémité distale de la clavicule droite, complément d'acromioplastie et ténodèse du long-chef du biceps).

L'assuré a effectué un second séjour à la [...] en novembre 2016. Dans son rapport du 23 novembre 2016, au terme duquel le Dr J._____ a constaté que la stabilisation de l'état de santé pouvait être attendue dans un délai de trois à quatre mois. Il a en outre constaté que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de plâtrier-peintre. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (activités répétitives et/ou prolongées au-dessus du plan des épaules, activités avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, port de charges lourdes répétitif et/ou prolongé), le pronostic de réinsertion était favorable.

Le 6 décembre 2016, le Dr B._____ a constaté une évolution satisfaisante sur le plan de l'antalgie et de la mobilité, le cas pouvant être dès lors être considéré comme stabilisé. Il a invité l'OAI à commencer les mesures de "recyclage professionnel".

Le 28 février 2017, le Dr L._____ a reçu l'assuré pour un examen médical final. Selon ce médecin, il existait une certaine discordance entre l'importance du handicap affiché et les constatations radio-cliniques. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les charges moyennes, surtout les bras en porte-à-faux, et les mouvements au-dessus de la ligne des épaules. Il a fixé l'IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] à un taux de 15%, par analogie à une omarthrose de gravité moyenne.

La CNA a suspendu le versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} mai 2017 au profit d'une indemnité journalière d'attente octroyée par l'OAI (cf. art. 18 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

B. Le 23 juin 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions pour se voir octroyer des mesures de reclassement professionnel. Il a débuté une première mesure sous la forme d'un stage d'ouvrier en conditionnement dès le 26 juin 2017 au sein du Laboratoire [...], par le biais de la Fondation [...]. Selon le bilan de stage effectué à l'étiquetage des produits cosmétiques, l'assuré ne parvenait pas à réaliser ses tâches en raison de douleurs. Il n'utilisait que la main gauche et ne parvenait pas à être précis. La mesure a été interrompue le 21 juillet 2017 (cf. rapport final du 21 juillet 2017 établi par [...], conseillère en développement professionnel).

Dans ce contexte, une mesure d'observation professionnelle de quatre semaines (du 2 octobre au 3 novembre 2017) a été organisée auprès de l'Orif (Intégration et formation professionnelle) - Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après: COPAI).

Dans un rapport final du 21 novembre 2017, le responsable "équipe professionnelle" du COPAI a conclu que l'assuré pouvait tenir au maximum l'horaire Orif - COPAI, soit 80%, au vu de l'augmentation des douleurs durant le stage. Après deux jours, l'assuré avait porté son bras droit en écharpe pour soulager son épaule. Le rendement était de 50% pour une activité essentiellement mono-manuelle avec sa main gauche non-dominante, ce qui péjorait son employabilité dans des activités comme le conditionnement léger ou le travail sur machine réglée. Était notamment joint au rapport du COPAI un rapport du 3 novembre 2017 établi par le Dr R._____, médecin-conseil du COPAI, duquel on extrait ce qui suit :

"Examen physique

M. K. _____ est en bon état général, droitier, collaborant. Il parle bien français. Il tient son bras droit ballant le long du corps ou posé sur le bureau. Le déshabillage et l'habillage se font du bras gauche, sans participation du droit. Rupture du tendon long du biceps droit. Abaissement de l'épaule droite. Cicatrice opératoire calme. La musculature de l'avant-bras et de la main droite ne présente pas d'hypotrophie. Il n'y a pas de traces de travail aux mains. Mobilité des épaules : à gauche, elle est normale. A droite, elle est très diminuée, abduction active environ 10°, passive 30° avec déjà rotation de l'omoplate et douleurs, élévation antérieure active 20°, passive jusqu'à 180° avec l'aide de l'autre bras, rotation active interne/externe bras le long du corps 60-0-45° (la consigne est comprise, puisqu'elle est normalement exécutée à gauche). La flexion/extension du coude, la pronosupination et la fonction de la main droite sont normales, mais manquent de force. Il n'y a aucun signe de trouble neuro-vasculaire, la température est normale et il n'y a pas d'œdème. Le Jobe est douloureux à droite et sans force. La force du bras est nulle, celle de la main faible. La sensibilité au toucher est normale.

Nous avons revu l'assuré le 31.10.2017 dans sa quatrième semaine de stage entrecoupé d'une semaine de fermeture du centre pour vacances. Il se plaint d'une augmentation de ses douleurs d'épaule et a mal un peu partout, à la nuque, aux trapèzes, au dos, au bras gauche. Il a consulté son médecin traitant qui lui a prescrit du tramadol, mais ce médicament ne lui convient pas bien et l'endort : il a donc diminué la dose prescrite à 5 gouttes matin et soir avec un effet modéré. A l'atelier, il n'a utilisé pratiquement que sa main gauche et peu sa main droite, uniquement comme appui. Il porte son bras droit dans une écharpe. L'examen de la mobilité de l'épaule est le même qu'à l'entrée. La main manque de force, bien qu'il n'y ait pas d'hypotrophie musculaire de l'avant-bras ni de la main. Absence de trouble neuro-vasculaire, sensibilité normale au toucher.

Discussion

(...).

A l'atelier, M. K. _____ agit comme un monomanuel de la main gauche non-dominante. Il n'utilise presque pas sa main droite et uniquement comme appui. Dès la deuxième semaine, il a mis son bras droit dans une écharpe et l'utilise encore moins. Il n'est ni très rapide ni très habile de la main gauche, ce qui freine le rendement, mais il a à cœur de présenter du travail de bonne qualité. Il est assidu, de bonne commande, collaborant. Il comprend les consignes et les applique. Son rythme est relativement lent, mais régulier, comme c'est souvent le cas chez les ouvriers du bâtiment. Ses rendements se situent en moyenne vers 50%. Il s'est plaint d'une augmentation de ses douleurs de l'épaule, mais aussi de douleurs de la nuque et du dos.

Au terme de ces quatre semaines de stage, notre groupe d'observation estime que M. K. _____ peut être présent à notre horaire du Copai, qui est de 80% d'un horaire normal, mais pas plus, car il a eu une augmentation de ses douleurs. Nous retrouvons donc le même schéma que lors de l'essai de stage de conditionnement de cet été. Il est monomanuel de la main gauche non dominante. Ses rendements sont de 50% chez nous, ils pourront être de 60% après

apprentissage des gestes professionnels. Il pourrait s'agir de conditionnement léger, de travail léger à l'établi, de production sur machines réglées avec serrage automatique. Nous craignons qu'un emploi ne soit difficile à trouver pour cet assuré et une aide au placement sera nécessaire.

Le dossier de l'assuré a été transmis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) pour avis. Dans leur rapport du 9 mai 2018, la Dre [...] et le Dr [...] ont retenu que l'incapacité de travail était entière dès la date de l'accident, jusqu'en février 2017. Dès cette date, ils ont considéré que l'assuré était apte à la réadaptation et disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charge autre que légère, pas de port de charge avec les bras en porte-à-faux, pas de mouvements des bras au-dessus de la ligne des épaules).

L'assuré s'est inscrit au chômage le 12 avril 2018. Le Service de l'emploi a procédé à l'examen de son aptitude au placement par le biais de son médecin-conseil, le Dr H._____. Il ressort de son rapport du 19 juin 2018 les éléments suivants :

« Capacité actuelle de travail de 30%.

Votre assuré étant en déconditionnement physique, une reprise à ce taux (emploi temporaire) serait très bénéfique en respectant les limitations suivantes : pas de port de charge au membre supérieur droite, port de charge avec les 2 mains de 7,5 - (10) kg, pas de travail avec la main droite au-dessus des épaules, travail assis ; en principe pas de mouvement directement avec l'épaule droite (reviendra progressivement) ; un travail avec coude à angle droit permet d'éviter un effort sur l'épaule droite. Après quelques semaines, je pense que l'on pourra augmenter le taux de capacité de travail. Sera aussi suivi de près et aidé par son médecin traitant. En étant assis, un triage d'habits, de la manutention simple, des emballages... me semblent adéquats. »

Le 22 mai 2018, l'OAI a transmis à l'assuré un projet d'acceptation de rente entière pour la période du 1^{er} février 2016 au 31 mai 2017. A partir du 1^{er} juin 2017, l'OAI a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La comparaison entre le revenu qu'il réalisait auprès de son dernier employeur (revenu sans invalidité), soit 76'566 fr. 25 et celui qu'il pouvait réaliser avec l'invalidité (57'278 fr. 71) faisait

apparaître une perte de gain de 19'287 fr. 54 correspondant à un degré d'invalidité de 25.19%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

L'OAI a maintenu sa position par décision du 20 septembre 2018. Pour le calcul du préjudice économique, il a admis de modifier le salaire sans invalidité retenu en tenant compte des remarques formulées par l'assuré à ce sujet, ce qui n'avait cependant aucune influence sur le droit à la rente. Saisie d'un recours à l'encontre de cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a confirmée par arrêt du 9 avril 2019 (CASSO AI 318/18 - 106/2019).

C. Dans l'intervalle, le Dr Z._____, médecin traitant, a adressé un rapport à la CNA le 13 avril 2018, indiquant que l'assuré se plaignait d'une recrudescence des douleurs de son épaule et une impotence fonctionnelle de plus en plus marquée depuis la fin de la physiothérapie. La douleur irradiait le long de l'humérus et empêchait toute utilisation du bras. Au status l'assuré avait une force nettement diminuée. Il était incapable de serrer la main, la pince elle-même ne présentant aucune force. L'élévation et la rotation étaient nulles, l'abduction se limitait à 15-20°.

Dans une note du 25 avril 2018, le Dr L._____ a estimé qu'en présence d'un handicap subjectif majeur sans explication médicale, la reprise d'un traitement de physiothérapie était inutile.

Par courrier électronique du 10 juillet 2018, l'assuré, représenté par Unia Vaud, a requis de la CNA la reprise du versement des indemnités journalières dès la fin de la mesure d'ordre professionnelle de l'OAI en novembre 2017.

La CNA a répondu par courriel du 11 juillet 2018 en exposant que la situation médicale était stabilisée dès le mois de février 2017 et qu'elle refusait de reprendre le versement des indemnités journalières. Elle a en revanche annoncé qu'il lui restait à statuer sur l'éventuel droit à une rente d'invalidité.

Par décision du 5 septembre 2018, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 22% à partir du 1^{er} novembre 2017, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. La CNA a considéré que l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition d'éviter le port de charges moyennes, surtout les bras en porte-à-faux, et d'éviter les mouvements au-dessus de la ligne des épaules. Une telle activité était exigible durant toute la journée. Se référant aux descriptifs des postes de travail (DPT), elle a calculé que l'assuré pouvait obtenir un revenu mensuel de 61'760 fr, qu'elle a comparé au revenu de 79'005 fr. réalisés avant l'accident.

Le 5 octobre 2018, l'assuré a, par l'entremise de Unia Vaud, formé opposition à l'encontre de la décision précitée. En substance, il conteste avoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, se référant aux avis des Drs R._____, Z._____ et H._____. Il a par ailleurs contesté le calcul du degré d'invalidité. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un avis du Dr Z._____ du 17 mai 2018, dont la teneur est la suivante:

"Ces quelques mots pour dire que ce patient a donc subi deux interventions au niveau de l'épaule l'une en 2015 pour une acromioplastie avec bursectomie et réinsertion trans-osseuse du supra-épineux droit par arthroscopie et en 2016 pour une résection de l'extrémité distale de la clavicule droite, complément d'acromioplastie et ténodèse du long-chef du biceps et dont l'évolution est marquée par une péjoration de l'état suite à l'arrêt de la physiothérapie caractérisée par des douleurs augmentées avec une prise d'antalgique de plus en plus fréquente (Tramadol) douleur tant diurne que nocturne associé à une importante limitation de la mobilité du membre supérieur droit avec un élévation de 10° environ, abduction également et rotation interne nulle.

Au vu de la situation je pense que le patient est totalement incapable d'utiliser son bras droit et par la même, est totalement inapte au travail dans une quelconque activité".

Le Dr L._____ a examiné l'assuré une nouvelle fois le 27 novembre 2018. Dans son rapport daté du même jour, il a expliqué que le handicap observé, à savoir le comportement de quasi mono-manuel de l'assuré qui allègue des douleurs extrêmes à toute tentative de

mouvement du bras droite, n'était pas explicable du point de vu orthopédique et organique. S'agissant de la capacité de travail, le Dr L._____ a estimé que les constatations des Drs Z._____, R._____ et H._____ reposaient essentiellement sur le comportement de mono-manuel adopté par l'assuré, évidemment incompatible avec un rendement normal, mais qui ne correspondait pas aux atteintes objectivables à la santé physique. Le médecin d'arrondissement a émis l'hypothèse d'une éventuelle composante psychogène au comportement de l'assuré.

Par décision sur opposition du 18 décembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a confirmé le taux de la rente d'invalidité retenu par décision du 5 septembre 2018 et renvoyé aux conclusions du Dr L._____ prises à l'issue de son examen du 27 novembre 2018 s'agissant de la question de la capacité résiduelle de travail. La CNA a par ailleurs considéré qu'en présence d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, les éventuelles troubles de la sphère psychique de l'assuré évoqués par le Dr L._____ n'avaient pas de lien avec l'accident du 8 janvier 2015.

D. Par acte du 1^{er} février 2019, K._____ a recouru contre la décision sur opposition. En substance, le recourant critique l'établissement de sa capacité de travail résiduelle par l'intimée, estimant que cette dernière s'est basée exclusivement sur le rapport de son médecin d'arrondissement pour conclure à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Il conclut, pour sa part, en se fondant notamment sur l'avis des Drs Z._____, R._____ et H._____, à une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 50 %. Le recourant conteste par ailleurs le revenu d'invalidé retenu dans le cadre de la détermination de son invalidité. Il requiert que la recherche des DPT soit refaite en excluant des postes nécessitant une formation élémentaire, que soient exclus les postes qui relèvent manifestement d'une erreur de saisie et que les cinq postes sélectionnés soient représentatifs du résultat de cette recherche quant à leurs salaires moyens. Finalement, il requiert que l'autorité fasse usage de son pouvoir d'appréciation et qu'elle établisse le salaire d'invalidé du recourant au

niveau de la moyenne des salaires minimums pour les cinq postes sélectionnés, ceci afin de tenir compte des aspects tels que l'âge, les connaissances linguistiques et le parcours professionnel.

Dans sa réponse du 3 avril 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Sur la question de la capacité résiduelle de travail, elle observe que le recourant a adopté un comportement auto-limitatif en excluant l'utilisation de son membre supérieur droit, qui ne se justifie pas au regard des seules séquelles organiques accidentelles. Une explication psychique à ce comportement ne serait par ailleurs pas en lien de causalité avec l'événement accidentel du 8 janvier 2015. L'intimée a au surplus confirmé le revenu d'invalidé retenu jusqu'alors, estimant que les postes de travail sélectionnés étaient conformes aux capacités physiques et professionnelles du recourant. L'intimée ajoute que même à appliquer la méthode de l'ESS, la décision querellée doit être confirmée.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, plus particulièrement le taux à la base de cette prestation.

b) 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 de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

c) Aux termes 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – 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_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – 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 (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 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).

4. 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; 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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) Le recourant conteste la capacité de travail retenue par l'intimée, selon laquelle il peut travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Le recourant souffre d'une atteinte traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. L'ensemble du corps médical s'accorde pour admettre qu'il n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de plâtrier-peintre. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la situation faite par le Dr L._____, selon laquelle le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, les rapports du Dr L._____ (rapports des 28 février 2017 et 27 novembre 2018), bien que relativement peu détaillés, sont probants. Celui du 28 février 2017 a été établi sur la base d'un examen clinique complet de l'assuré, du dossier radiologique et d'une anamnèse. Le médecin a fait part de ses conclusions après avoir procédé à une discussion du cas d'espèce et décrit le contexte médical. Il a en particulier pris en considération les plaintes du recourant, qui décrivait, lors de l'examen, des douleurs et des difficultés à mobiliser l'épaule droite. L'assuré ajoutait manquer de force, au point de ne pas pouvoir écrire de la main droite. Le Dr L._____ a toutefois retenu que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, après avoir observé une certaine discordance entre l'importance du handicap affiché par l'assuré qui se conduit comme un mono-manuel et les constatations objectives de l'examen radio-clinique, qui montrent une coiffe des rotateurs en continuité avec une bonne trophicité musculaire. Cet avis rejoint celui des médecins de la [...], qui au terme d'un séjour d'un mois, ont constaté que l'intéressé sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles (kinésiophobie et catastrophisation élevées, auto évaluation basse des capacités fonctionnelles et auto-évaluation du handicap très élevée).

A la demande de la CNA, le Dr L._____ a fait un point de la situation le 27 novembre 2018. Après avoir procédé à un nouvel examen clinique de l'assuré, le médecin d'arrondissement a maintenu le constat

selon lequel le handicap de l'assuré, qui n'utilise quasiment plus son bras droit, ne trouve aucune explication orthopédique. Il a précisé que même si la coiffe des rotateurs devait ne plus être en continuité, elle n'expliquerait pas l'ampleur du handicap observé. Il exclut par ailleurs le diagnostic de capsulite en présence d'une dégradation progressive de la mobilité.

Le Dr L._____ a également observé une amyotrophie marquée et diffuse de l'épaule et un corps musculaire rétracté à la face antérieure du bras droit, ce qui paraît cohérent dans la situation de l'assuré qui n'utilise plus son bras droit.

Le recourant se prévaut des rapports établis par les Drs R._____ (rapport du 3 novembre 2017), Z._____ (rapports des 13 avril et 17 mai 2018) et H._____ (rapport du 19 juin 2018) pour justifier ses limitations au niveau du membre supérieur droit. La Cour de céans a déjà examiné ces avis dans le cadre de la procédure AI (CASSO AI 318/18 - 106/2019), puisque l'assuré s'y référait également, en vain, pour en déduire une capacité de travail limitée dans une activité adaptée. Elle avait constaté que les rapports médicaux en question n'apportaient aucun élément objectif propre à expliquer l'ampleur du handicap observé chez l'assuré et qu'ils n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr L._____ prises à l'issue de l'examen final du 28 février 2017 (cf. consid. 4b de l'arrêt précité). Ces considérations restent inchangées dans le contexte de la présente procédure, étant souligné que l'assuré ne produit aucun avis complémentaire, propre à apporter un éclairage différent de sa situation médicale.

Le Dr L._____ a certes évoqué une composante psychogène pour expliquer le handicap manifesté par l'assuré. Il est rejoint en cela par les médecins de la [...], qui ont fait état de facteurs contextuels (kinésiophobie, catastrophisation élevées, auto-évaluation basse des capacités fonctionnelles et auto-évaluation du handicap très élevée) dans le cadre de leur évaluation, propres à influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré (cf. rapports des 17 décembre 2015 et 23 novembre 2016 établis par le Dr J._____). On

retiendra néanmoins, à l'instar de l'intimée, que si une atteinte psychique devait être à l'origine du comportement auto-limitatif adopté par le recourant, elle n'est manifestement pas en lien de causalité avec l'événement accidentel du 8 janvier 2015. En effet, le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées), ce qui n'est pas le cas en l'espèce, étant rappelé que l'assuré est tombé d'une échelle, à hauteur de un mètre.

En définitive, on retiendra qu'au vu des discordances entre les éléments cliniques objectivables et les plaintes subjectives exprimées par le recourant, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation que la CNA a faite de la situation médicale. Il convient par conséquent de retenir que les limitations fonctionnelles ont été correctement évaluées par le Dr L. _____ et que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, quand bien même il manifeste un handicap important au niveau de l'épaule droite. Les pièces au dossier permettent de statuer en connaissance de cause, de sorte que la demande d'expertise formulée par le recourant est rejetée.

6. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente, soit dans le cas d'espèce 2017 (cf. consid. 3c *supra*).

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du revenu sans invalidité de 79'006 fr. retenu par l'intimée, qui n'est pas contesté et qui découle des données fournies par l'employeur.

b) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), ou en fonction des données salariales résultant des descriptions des postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et la référence citée ; TF 8C_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.3 et les références citées).

Afin de déterminer le revenu que le recourant pourrait réaliser en 2017, malgré son atteinte à la santé sur un marché du travail équilibré, l'intimée s'est référée à cinq DPT, sélectionnés sur un panel de 77 activités correspondant à un salaire moyen de 61'769 francs, notablement plus élevé que le salaire moyen de l'ensemble des activités de ce panel. Au vu du parcours professionnel de l'assuré, formé sur le tas, dès 14 ans, comme plâtrier, de son âge, soit 56 ans en 2017, et de son absence de toute formation en dehors de la scolarité obligatoire, il paraît peu vraisemblable qu'il puisse prétendre au revenu moyen des cinq activités sélectionnées par la CNA. Il convient dans ces circonstances de se référer au quartile inférieur des cinq postes de travail retenus par la CNA, soit un salaire de 57'369 fr. 60 plutôt que 61'760 fr., à titre de revenu d'invalidé.

Après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité, il en résulte un taux d'invalidité de 27,38% ($57'369 \text{ fr. } 60 / 79'006 \text{ fr.} \times 100$), qui peut être arrondi à 27%. Il convient par conséquent de réformer la décision litigieuse en ce sens qu'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 27% est allouée à l'assuré, dès le 1^{er} novembre 2017.

On doit observer, dans ce contexte, que le résultat serait quasiment identique si le revenu d'invalidé était évalué en tenant compte des salaires bruts standardisés de l'ESS. En effet, en prenant pour référence l'ESS 2016, le revenu standard pour les hommes exerçant une activité de niveau 1 est de 5'340 francs. Après adaptation à la durée hebdomadaire moyenne du travail dans les entreprises en 2017 (41,7 heures) ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes entre 2016 et 2017 (+0,4%), on parvient à un salaire annuel de 67'070 fr. 60. Afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles susceptibles d'influer sur les perspectives salariales du recourant (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75 ; en particulier des limitations entraînées par l'atteinte à la santé, l'âge et le fait que l'assuré a travaillé exclusivement comme plâtrier-peintre durant sa vie active), il y aurait lieu de procéder à un abattement de 15 % sur le salaire statistique, de sorte que l'on obtiendrait un revenu mensuel d'invalidé de 4'750 fr. 80, soit annuellement 57'010 francs. Après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité, il en résulte un taux d'invalidité quasiment identique à celui constaté en application des DPT, soit 27,84%.

7. a) Considérant ce qui précède, la décision attaquée doit être réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 27 % à compter du 1^{er} novembre 2017.

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

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 18 décembre 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que K. _____ a droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 27% dès le 1^{er} novembre 2017.

- III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à K. _____ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Unia Vaud, à Lausanne (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :