

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 octobre 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Lehmann, avocat
à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, avocate à
Lausanne.

Art. 18 et 24 LAA

E n f a i t :

A. **a)** Après avoir dû quitter son emploi de technico-commercial en raison d'un épuisement professionnel, G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, a, dans le cadre d'une mesure allouée par l'assurance-invalidité, effectué une mesure de réadaptation comme opérateur en horlogerie à l'Orif de [...] dès le 15 août 2016. Il était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 4 octobre 2016, l'assuré a été bousculé par un de ses collègues, ce qui l'a fait tomber dans des buissons épineux. Il s'est rendu au Centre médical de [...] où ses plaies ont été soignées. Les diagnostics de corps étrangers dans la cuisse droite et contusion au niveau de la nuque et de l'épaule droite ont été posés. La radiographie effectuée le même jour a également montré l'existence de troubles discopathiques et dégénératifs étagé du rachis cervical, principalement entre C4 et C6, et d'une arthrose atlanto-axiale antérieure, mais n'a pas permis d'identifier de lésion suspecte de l'épaule droite en rotations interne et externe.

Après une période de totale incapacité de travail, l'assuré a pu reprendre son activité à plein temps le 18 octobre 2016. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CNA.

b) L'assuré s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail à partir du 28 février 2017 et une annonce de rechute a été faite auprès de la CNA le 2 mars 2017.

Dans un rapport médical du 13 mars 2017, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a posé les diagnostics d'omalgies gauches dans le cadre d'une déchirure partielle de la coiffe des rotateurs à la suite d'un traumatisme le 4 octobre 2016, avec une déchirure partielle profonde insertionnelle moyenne du tendon du sus

épineux gauche, une déchirure partielle intrinsèque du long chef du tendon intramusculaire du sous épineux gauche et une légère bursite sous acromio-deltoïdienne. Ces lésions avaient été mises en évidence par une IRM réalisée le 3 mars 2017.

Le Dr U._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a attesté, dans un rapport du 16 mars 2017, une totale incapacité de travail en raison d'omalgies gauches post traumatiques.

Selon le rapport du Dr J._____, du 20 mars 2017, l'assuré avait pu reprendre son travail le 4 mars 2017.

Au cours d'un entretien avec un collaborateur de la CNA le 4 avril 2017, l'assuré a expliqué qu'au moment où il était tombé dans les buissons épineux, il s'était tourné face au sol pour amortir sa chute et qu'il avait eu des douleurs aux deux épaules à la suite de cet accident. Il avait repris son travail début mars pendant deux jours seulement, puis avait de nouveau dû être mis en arrêt en raison des douleurs à l'épaule gauche. Il a expliqué que dans sa formation d'horloger, il travaillait à un établi avec les bras à hauteur d'épaule et que cette position tirait en permanence sur les épaules.

Interrogé sur la relation de causalité des troubles à l'épaule gauche avec l'accident du 4 octobre 2016, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement à la CNA, a relevé que tous les médecins consultés les rapportaient à cet accident (prise de position du 10 avril 2017).

Par courrier du 18 avril 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 4 octobre 2016.

Dans un rapport médical du 28 avril 2017, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, a posé le diagnostic de lésion partielle du tendon supra-épineux et de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche post-traumatique le 4 octobre 2016.

Le Dr M. _____ a noté une amélioration des douleurs dans son rapport du 3 juin 2017. Selon lui, la reprise du travail dans l'horlogerie comportait un grand risque de décompensation douloureuse, tant au niveau de l'épaule que du rachis cervical, de sorte qu'une reconversion professionnelle était souhaitable, dans une activité qui ne nécessitait pas d'efforts, ni de mobilisation répétée du membre supérieur gauche, ni de mobilisation de cette épaule au-dessus du buste.

Dans un rapport médical du 10 juillet 2017, le Dr U. _____ a indiqué qu'il fallait s'attendre à la persistance d'omalgies. Il a transmis le rapport d'une arthro-IRM effectuée le 24 mars 2017, dont les conclusions étaient les suivantes :

Déchirure partielle de la face superficielle et de la face profonde du tendon supra-épineux dans sa partie distale prenant chacune 30 à 40 % de l'épaisseur du tendon.
Déchirure partielle de la face profonde du tendon sous-scapulaire à sa partie haute prenant environ 40 à 50 % de l'épaisseur du tendon.
Tendinopathie modérée du long chef du biceps en place dans sa gouttière.
Petite bursite sous-acromio-deltoïdienne.
Déchirure du labrum de type SLAP 2A.

Selon le rapport final établi par l'Orif le 11 juillet 2017, la formation d'opérateur en horlogerie de l'assuré avait été interrompue en raison de son état de santé.

L'assuré a été examiné par le Dr P. _____ en date du 14 août 2017. Celui-ci a relevé une certaine discordance entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives de l'examen radio-clinique. Il a proposé d'effectuer une évaluation stationnaire et multidisciplinaire à la N. _____ (ci-après : N. _____).

Le 21 août 2017, l'assuré a fait savoir que l'organisation d'un tel séjour, sur une durée de quatre semaines, lui posait problème pour des raisons de garde de sa fille.

Dans un rapport du 31 octobre 2017, le Dr M._____ a indiqué que l'évolution était favorable grâce aux infiltrations qu'il avait effectuées. Il avait fait réaliser une nouvelle arthro-IRM, le 26 octobre 2017, laquelle n'avait pas montré d'aggravation significative des différentes lésions structurelles.

Le 12 décembre 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a annoncé la prise en charge du stage en entreprise que l'assuré débiterait le 8 janvier 2018 comme vendeur automobile à 70 %.

Le Dr P._____ a examiné à nouveau l'assuré en date du 3 janvier 2018. Son épaule gauche était moins douloureuse et le Dr P._____ ne voyait pas de raison pour que l'assuré ne puisse pas mener à bien sa nouvelle formation, du moins pour les seules suites de l'accident. En cas de difficultés, l'indication à une arthroscopie de l'épaule gauche devrait être rediscutée, mais le médecin d'arrondissement craignait que le résultat subjectif d'une intervention soit décevant si des facteurs non orthopédiques modulaient les plaintes, comme il le soupçonnait.

L'assuré a interrompu son stage en mars 2018, se plaignant de douleurs importantes à l'épaule, qu'il attribuait au fait d'ouvrir et fermer les portières de voiture.

Les conclusions du rapport de l'IRM de l'épaule gauche effectuée le 9 mars 2018 étaient les suivantes :

Petite diminution de taille de la déchirure de la face superficielle et distale du tendon supra-épineux et globale stabilité de la déchirure partielle de la face profonde du tendon infra-épineux.
Stabilité de la petite bursite sous acromio-deltoïdienne.
Stabilité de la tendinopathie débutante du long chef du biceps.
Probable diminution de taille de la déchirure partielle de la face profonde du tendon sous scapulaire.

Stabilité de la petite poussée congestive acromio-claviculaire.

Dans une attestation médicale du 16 mars 2018, le Dr U._____ a mentionné que les omalgies droites (sic) entraînaient une importante diminution de la mobilité, que le port de charge ne pouvait excéder 5 kg et que certaines activités répétitives étaient à éviter. L'activité de l'assuré dans le domaine de la vente de véhicules était contraindiquée, surtout si elle consistait également à s'occuper de l'entretien de véhicules.

Le Dr M._____ a estimé préférable, dans un rapport du 24 avril 2018, d'envisager une reconversion professionnelle dans une activité sans effort (maximum 2-5 kilos), sans mobilisation répétée du membre supérieur gauche, ni mobilisation au-dessus du buste. Au vu du délai d'évolution et du pronostic, il a considéré ces limitations comme définitives.

A l'issue de son examen final du 11 juin 2018, le Dr P._____ a fait l'appréciation suivante :

Objectivement, l'épaule G est tout à fait souple, largement indolore à la mobilisation. Il n'y a plus d'arc douloureux, plus de signes clairs du conflit. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels et leur mise sous tension n'entraîne pas de douleurs particulières. La mobilité active est bien récupérée, seule la rotation externe reste apparemment limitée. Tout le MSG [membre supérieur gauche] a beaucoup de force.

L'IRM de contrôle du 09.03.2018 ne montre pas de nouvelles lésions.

A mon avis, il n'y a pas d'explication orthopédique à l'échec du stage de vendeur d'automobiles et je suis convaincu qu'une prise en charge arthroscopique de l'épaule G [gauche] aurait un résultat décevant, en présence de facteurs contextuels de mauvais pronostic tout à fait évidents.

Un séjour à la N._____ a été proposé au patient mais il n'a pas souhaité s'y rendre.

La poursuite de la physiothérapie et de la chiropraxie n'a pas beaucoup de sens.

Les limitations fonctionnelles sont les charges moyennes, surtout les bras en porte-à-faux, et les mouvements en hauteur.

Dans une activité respectant ces limitations, comme celles évoquées par le patient [à savoir comme chauffeur privé ou vendeur en bijouterie], 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 5% peut être retenu, en présence d'une épaule G plus fragile, par analogie avec une omarthrose toute débutante.

Dans un rapport médical du 4 mai 2018 adressé à l'OAI, le Dr U._____ a posé comme limitations fonctionnelles le port de charges supérieures à environ 5 kg, le travail avec les bras au-dessus des épaules et le mouvement répétitif des épaules. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était de 50 %, depuis le 4 octobre 2016.

Par courrier du 28 juin 2018, la CNA a informé l'assuré que dans la mesure où l'examen médical subi avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement pour son épaule gauche, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} août 2018, à l'exception des contrôles médicaux encore nécessaires.

Par décision du 6 août 2018, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % et a refusé de lui allouer une rente d'invalidité, au motif qu'il n'y avait pas de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident. Elle a retenu que l'assuré était à même d'exercer une activité légère à plein temps dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas effectuer de mouvements en hauteur avec le bras gauche. Se fondant sur les descriptions de postes de travail adaptés, la CNA a considéré que l'assuré pourrait réaliser un salaire annuel de 56'269 fr. alors que son gain réalisable sans l'accident était de 55'120 francs.

L'assuré a formé opposition contre cette décision par l'intermédiaire de son mandataire en date du 5 septembre 2018, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique.

Il a complété son opposition le 14 décembre 2018 et produit un rapport médical établi par le Dr M. _____ le 18 septembre 2018 en ces termes :

1. Quel est le status, le diagnostic ?

Lésion partielle du tendon supra-épineux et de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche post-traumatique le 4 octobre 2016.

2. Monsieur G. _____ serait-il capable de travailler dans une activité adaptée, le cas échéant laquelle et à quel taux ?

Dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans effort de plus de 2 à 5 kilos, sans mobilisation répétitive du membre supérieur gauche, ni de mobilisation de l'épaule gauche au-dessus du buste, Monsieur G. _____ est apte au travail à 100 %.

3. Quelles sont les activités que Monsieur G. _____ ne peut pas exécuter sans ressentir de fortes douleurs ?

Monsieur G. _____ présente des douleurs de l'épaule gauche lors d'efforts répétés ainsi que dans toute activité nécessitant une mobilisation répétée de l'épaule gauche au-dessus du buste.

4. Les descriptifs de postes de travail de la SUVA sont-ils compatibles avec l'état de santé de Monsieur G. _____

Le descriptif de la SUVA est compatible avec l'état de santé de Monsieur G. _____. Il lui est reconnu [une] capacité de travail entière dans un travail léger, sans mobilisation de l'épaule au-dessus du buste.

La répétition des mouvements devrait également être prise en considération. C'est d'ailleurs ce qui a entraîné l'arrêt prématuré de son stage de vendeur d'automobile[s]. Monsieur G. _____ ayant été amené à fermer et ouvrir des portières de voitures, de manière répétée, ceci a occasionné une augmentation de la symptomatologie douloureuse.

5. L'examen médical final du Dr P. _____ comporte-t-il des erreurs ou des carences ? cas échéant lesquelles ?

Je n'ai pas de remarque à formuler au sujet de l'examen final du Dr P. _____.

6. Quelle est l'évolution prévisible de l'état de santé de Monsieur G. _____ ?

Au vu du délai d'évolution, les séquelles actuelles sont à considérer comme définitives. Par la même occasion, les limitations fonctionnelles qui ont été reconnues à Monsieur G. _____ sont également valables de manière définitive.

Par décision sur opposition du 8 janvier 2018 [recte : 2019], la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a considéré que le point de vue du Dr M. _____ ne permettait pas de remettre en cause l'appréciation convaincante du Dr P. _____, laquelle rendait inutile la mise en œuvre d'une expertise. La CNA a retenu que des facteurs contextuels influençaient négativement la reprise d'une activité professionnelle adaptée étant donné les troubles psychiques présentés par l'assuré à la suite de son « burn out » et que les descriptions des postes de travail utilisées concernaient des emplois légers et adaptés à la situation de l'assuré. Finalement, elle a relevé que l'assuré n'apportait aucun argument susceptible de remettre en cause l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité effectuée par le médecin d'arrondissement.

B. Par acte de son mandataire du 8 février 2019, G. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire, orthopédique et psychiatrique, et conclu à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 % au minimum dès le 1^{er} juillet 2015 et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Il a fait valoir que la contradiction entre l'appréciation du Dr P. _____ et celle des Drs U. _____ [recte : U. _____] et M. _____ nécessitait la mise en œuvre d'une expertise orthopédique comportant également un volet psychiatrique en vue de tenir compte de l'ensemble de ses problèmes de santé. Il a invoqué que les descriptions des postes de travail utilisées n'étaient pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles puisqu'il ne s'agissait pas d'activités sans effort et sans mobilisation répétée du membre supérieur gauche. Finalement, il s'est prévalu de l'application de la table 1 de la CNA concernant les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, laquelle ne prévoyait pas de taux inférieur à 10 % pour les limitations fonctionnelles invalidantes de l'épaule.

Dans sa réponse du 13 mai 2019, la CNA a relevé que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr M. _____ n'étaient pas corroborées par l'examen clinique du Dr P. _____, selon lequel la mobilisation de l'épaule n'était pas douloureuse et cette articulation était tout à fait fonctionnelle, mise à part une limitation en cas de rotation externe. Elle a souligné que le Dr M. _____ avait confirmé, dans son rapport du 18 septembre 2018, que le descriptif des postes de travail était compatible avec l'état de santé de l'assuré. L'appréciation du Dr U. _____, qui devait être appréciée avec une certaine retenue en raison de sa qualité de médecin-traitant, ne permettait en outre pas de s'écarter de celle du Dr P. _____. La CNA s'est également prévalu de la nouvelle prise de position faite par son médecin d'arrondissement le 15 avril 2019 :

En préambule, je relève que j'ai examiné cet assuré à l'agence à 3 reprises et que j'ai, à chaque fois, noté une importante discordance entre l'ampleur du handicap anamnestique et les constatations objectives de l'examen radio-clinique, suspectant que des facteurs non orthopédiques modulaient les plaintes du patient.

Lors de mon dernier examen à l'agence, après un échec de reconversion professionnelle comme vendeur d'automobiles pour un motif bien peu crédible (le patient devait sans arrêt ouvrir et fermer des portières), M. G. _____ se plaignait à nouveau sans beaucoup de mesures et de manière imagée, alors que l'examen de son épaule G attestait d'une très bonne fonction en termes de mobilité et de force, chez un patient qui restait très musclé.

J'ai quand même conclu à une épaule plus fragile et j'ai retenu les limitations fonctionnelles qui s'appliquent habituellement à ce genre de situation.

A noter qu'un séjour à la N. _____, dont le patient n'a jamais voulu, aurait permis une évaluation plus précise de ses capacités fonctionnelles à l'aide d'un instrument standardisé qui permet également de juger si la volonté de donner le maximum aux différents tests est réelle et l'ensemble des résultats cohérents.

Pour en revenir au rapport médical du Dr M. _____ du 18.09.2018, il me semble que celui-ci est globalement d'accord avec mes conclusions, limitant le port de charges à 2 à 5 kg au lieu de 10 kg, ce qui cantonnerait M. G. _____ à un travail uniquement sédentaire et ne paraît pas congruent avec ce que j'ai pu observer lors de mon examen du 11.06.2018.

Ceci dit, je pense qu'on peut s'accorder pour dire que M. G. _____ est sans aucun doute capable de travailler en plein dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, si on réfère à la table 1 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/1.f-2000, on arrive au même résultat.

En effet, il est mentionné que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité causée par la périarthrite scapulo-humérale se fonde sur l'atteinte due à une omarthrose de même gravité.

Dans le cas de cet assuré, la tendinopathie du sus-épineux doit être qualifiée de légère à moyenne, soit une atteinte à l'intégrité de 5%, le taux de 10% étant réservé à une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale soit 120°, alors que l'abduction et l'élévation sont complètes chez M. G. _____.

Dans son écriture du 11 juillet 2019, le recourant a maintenu sa position et ses conclusions.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, respectivement à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) 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).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1).

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 lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide 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 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

d) 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).

4. a) En l'occurrence, à la suite de l'événement accidentel du 4 octobre 2016, le recourant a présenté des lésions partielles de la coiffe des rotateurs, une tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche et une légère bursite sous acromio-deltoïdienne. La nouvelle IRM réalisée le 9 mars 2018 a montré une stabilité des lésions, voire une diminution de certaines d'entre elles. De même, la deuxième arthro-IRM effectuée le 26 octobre 2017 n'a pas mis en évidence d'aggravation significative des différentes lésions structurelles par rapport à la première, réalisée le 24 mars 2017.

A l'issue de son examen final du 11 juin 2018, le Dr P. _____ a considéré que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans port de charges moyennes, sans mouvement des bras en porte-à-

faux et sans mouvement en hauteur. Son examen clinique lui a permis de constater que l'épaule gauche était largement indolore et avait une bonne mobilité.

Le recourant se prévaut des conclusions des Drs U._____ et M._____. Dans son attestation du 16 mars 2018, le Dr U._____ indique que les omalgies entraînent une importante diminution de la mobilité et que le port de charges supérieures à 5 kg ainsi que certaines activités répétitives étaient à éviter. Il ne détaille cependant pas son examen clinique, ni ne précise clairement quelles sont les activités répétitives à éviter. Dans son rapport du 4 mai 2018, le Dr U._____ estime que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée est de 50 % depuis le 4 octobre 2016. Il ne semble toutefois pas que cette capacité de travail réduite soit due aux suites de l'accident. Ce rapport a en effet été rédigé à l'intention de l'OAI et mentionne dans les diagnostics invalidants un état anxio dépressif, si bien que des éléments médicaux non liés à l'accident ont à l'évidence été pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Dans ce rapport, le Dr U._____ fixe comme limitations fonctionnelles le port de charges supérieures à environ 5 kg, le travail avec les bras au-dessus des épaules et le mouvement répétitif des épaules.

Ce sont les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr M._____ a retenues dans son rapport du 3 juin 2017. Par la suite, il a même estimé préférable d'envisager une activité sans effort, avec un port de charges de 2 à 5 kg (rapports des 24 avril 2018 et 18 septembre 2018). Cela étant, il faut constater que le Dr M._____ ne remet pas véritablement en cause l'analyse du Dr P._____. Il indique en effet explicitement qu'il n'a pas de remarques à formuler au sujet de l'examen final du Dr P._____. S'il estime que la répétition des mouvements devrait également être prise en compte, il admet néanmoins que les descriptifs des postes de travail retenus par la CNA sont compatibles avec l'état de santé du recourant (rapport du 18 septembre 2018). Se prononçant sur cette prise de position du Dr M._____, le Dr P._____ relève par ailleurs qu'ils s'accordent pour retenir que le recourant peut travailler en plein

dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi (appréciation du 15 avril 2019).

Il ne se justifie dès lors pas d'examiner plus avant les divergences d'appréciation entre les médecins. Ceux-ci s'accordent en effet pour retenir que le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité légère et, compte tenu des déclarations du Dr M. _____, il n'y a pas lieu de s'écarter des DPT retenues par la CNA, lesquelles sont compatibles avec l'atteinte à la santé du recourant.

b) Le revenu d'invalidé calculé sur la base de ces DPT doit par conséquent être confirmé. Il en va de même du revenu sans invalidité, à l'égard duquel le recourant ne soulève aucun grief. C'est dès lors à juste titre que la CNA a refusé de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité, puisque ce dernier ne subit aucun préjudice économique à la suite de l'événement accidentel du 4 octobre 2016.

c) Au vu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'apparaît pas nécessaire puisque les éléments au dossier sont suffisants pour statuer (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). La requête du recourant en ce sens doit par conséquent être rejetée.

5. Le recourant conteste également le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été allouée, estimant que celle-ci devrait être fixée à 10 % au lieu de 5 %.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera

avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

Il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1]

b) En l'occurrence, la CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 5 % sur la base des conclusions du Dr P._____. Dans son

appréciation du 11 juin 2018, celui-ci s'est référé à la table 5 du barème établi par la CNA relatif aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose, prévoyant un taux situé entre 5 % et 10 % en cas d'arthrose moyenne de l'épaule. Le médecin d'arrondissement a considéré que le taux devait être arrêté à 5 % étant donné que l'omarthrose présentée par le recourant était débutante.

Dans son recours, le recourant estime qu'il y a lieu de se référer à la table 1 de la CNA concernant les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, laquelle ne prévoit pas de taux inférieur à 10 % en cas de limitations fonctionnelles invalidantes de l'épaule.

Dans sa prise de position du 15 avril 2019, le Dr P. _____ précise que l'utilisation de la table 1 ne permet pas d'arriver à un autre résultat qu'un taux de 5 %. Il relève en effet que cette table prévoit que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité causée par la périarthrite scapulo-humérale se fonde sur l'atteinte due à une omarthrose de même gravité. S'agissant des troubles fonctionnels de l'épaule, le médecin d'arrondissement mentionne que la tendinopathie du sus-épineux doit être qualifiée de légère à moyenne et que le recourant conserve une abduction et une élévation complètes. Rien ne justifie dès lors d'appliquer le taux de 10 % prévu par la table 1, qui est réservé à une épaule dont la mobilité est limitée à 30° au-dessus de l'horizontale.

L'évaluation faite par le Dr P. _____ paraît tout à fait convaincante. Elle n'est d'ailleurs remise en cause par aucun avis médical versé au dossier. On peut en particulier rappeler que dans son rapport du 18 septembre 2018, le Dr M. _____ a indiqué n'avoir aucune remarque à formuler au sujet de l'examen final du Dr P. _____ du 11 juin 2018.

C'est par conséquent à juste titre que la CNA a fixé à 5 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle le recourant a droit.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 8 janvier 2018 [recte : 2019] 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 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 6 janvier 2018 [recte : 2019] est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Lehmann (pour le recourant),
- Me Jeanne-Marie Monney (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :