

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 août 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Dessaux et Berberat, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

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

et

Q._____, à Lucerne, intimée.

Art. 18 et 19 LAA

E n f a i t :

A. **a)** U._____ (ci-après : le recourant ou l'assuré), né en 1964, était engagé en qualité de maçon auprès de l'entreprise [...] Fils depuis 2003. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 31 octobre 2013, alors actif sur un chantier à [...], l'assuré a glissé et est tombé sur un talus avec réception sur son épaule gauche. Il a été adressé à la Permanence de la [...]. L'assuré étant depuis lors en incapacité de travail, la CNA a pris le cas en charge.

A l'occasion d'un rapport médical du 28 novembre 2013, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu une rupture transfixiante du tendon sous-scapulaire, une lésion partielle intra-articulaire du tendon sus-épineux ainsi qu'une luxation antérieure du long chef du biceps (LCB) de l'épaule gauche. Ce médecin indiquait que l'intéressé avait chuté d'une hauteur d'environ un mètre sur un talus avec réception directe sur le moignon de l'épaule gauche.

U._____ a subi une intervention chirurgicale à l'épaule gauche en date du 20 janvier 2014, consistant en une arthroscopie de l'épaule gauche, une suture du tendon sous-scapulaire, une ténodèse LCB ainsi qu'une mobilisation sous anesthésie, pratiquée par le Dr K._____. Ce dernier remarquait une mauvaise qualité tendineuse chez l'intéressé.

Le 2 juin 2014, l'assuré a repris son activité de maçon à 100%, son rendement étant cependant limité à 50%.

Le Dr K._____ s'est prononcé le 1^{er} décembre 2014 sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Confirmant les diagnostics précédemment posés, il a relevé ce qui suit :

« Comme déjà préconisé lors des dernières consultations, j'ai l'impression que la suture du sous-scapulaire a, au moins

partiellement, lâché. Le patient garde une épaule fragile à toutes contraintes, je ne vois pas une augmentation du rendement dans le proche futur. Néanmoins, nous ne pouvons pas encore jeter l'éponge, pas avant d'avoir passé les 18 - 24 mois post-op. Il y a donc encore une chance de récupérer, même partiellement, une meilleure fonction et une stabilisation au niveau des douleurs, même en cas de ré-rupture. Ceci par mécanismes de compensation, qui peuvent s'installer, mais nécessitent plus de temps.

Par contre il y a le danger que cette épaule décompense à nouveau à mi- long terme, c'est-à-dire avant sa retraite. Par cela son métier reste un facteur de danger pour l'évolution.

Les tendons montraient des signes de tendinopathie, la qualité tendineuse du sous-scapulaire mauvaise, il n'est donc pas exclu, que le patient développe des problèmes de son épaule droite.

En principe, une réorientation professionnelle serait indiquée, mais par manque de CFC et le fait que le patient n'a pas effectué un autre métier depuis ses 20 ans, compliquent la situation socio-professionnelle future.

Nous avons, aujourd'hui, discutés en détail ces faits, le patient comprend la complexité et avoue déjà s'avoir fait des pensées équivalentes pour le futur.

Pour l'instant il nous reste qu'à attendre l'évolution tant que la situation ne s'empire pas et montre du potentiel de récupération.

Il garde une réduction du rendement de 50%, éventuellement à définir de manière plus adéquate par une médecine d'arrondissement de la SUVA. Je laisse à la SUVA la décision si et quand elle désire convoquer M. U. _____ . »

L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie, le 25 février 2015. La principale gêne rapportée par le patient était un manque de force au niveau du membre supérieur gauche, entravant grandement l'activité professionnelle de l'assuré. Dans un tel contexte, une hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) a été décidée.

b) U. _____ a ainsi séjourné au service de réadaptation de la CRR du 31 mars au 5 mai 2015. Par rapport du 20 mai 2015, les Drs N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et G. _____, médecin-assistant au sein de la Clinique précitée, ont retenu en tant que diagnostic principal des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule gauche. Les diagnostics supplémentaires suivants ont également été mentionnés : une rupture itérative du sous-scapulaire gauche à la jonction myo-tendineuse (arthro-CT scan du 09.02.2015), une arthroscopie de l'épaule gauche le 20.01.2014 avec suture du tendon sous-scapulaire, ténodèse du long chef

du biceps et mobilisation sous anesthésie pour une capsulite rétractile, une chute sur l'épaule gauche le 31.10.2013 avec rupture complète transfixiante du tendon sous-scapulaire avec subluxation antérieure du long chef du biceps, lésion fissuraire entre les sus- et sous-épineux, lésion partielle du pilier antérieur du sus-épineux (arthro-IRM du 20.11.2013). L'assuré souffrait également d'arthrodèse de l'IPP (articulation interphalengienne proximale) du pouce droit en 2004, de troubles cognitifs légers de type MCI multi-domaine non-évolutifs et de lombalgies récurrentes. Ces médecins ont confirmé l'absence de force au niveau de l'épaule gauche malgré une évolution satisfaisante sur le plan des douleurs. La situation étant stabilisée, les limitations fonctionnelles suivantes ont été mises en évidence, soit l'impossibilité d'exercer des activités nécessitant le maintien des membres supérieurs au-delà du plan des épaules ainsi que le port répété de charges supérieures à 10-15 kilos. Pour les Drs N._____ et G._____, l'assuré était totalement incapable de travailler dans une activité de maçon, l'intéressé conservant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Du 10 août 2015 au 4 septembre 2015, l'assuré a suivi une mesure d'évaluation des capacités professionnelles au sein de la CRR. Dans leur rapport du 4 septembre 2015, les spécialistes en réadaptation ont retenu qu'une activité simple et répétitive respectant les limitations fonctionnelles, ne nécessitant pas la maîtrise du français écrit ou une capacité de calcul, serait plus adaptée. Dans un tel cadre, l'assuré serait à même de fournir un travail tout à fait adéquat après une période d'apprentissage.

c) Le 28 janvier 2016, l'assuré a obtenu son permis de cariste. Durant le mois de février 2016, il a entamé un stage de cariste au sein de [...] à [...]. Dès le 8 mars, l'assuré a ressenti des douleurs au bras gauche. Son taux d'activité a ainsi dû être adapté, passant de 100% à 50%.

A l'occasion d'un rapport médical intermédiaire du 16 juin 2016, la Dre Z._____ a retenu comme diagnostic un status après rupture complète du tendon sous-scapulaire gauche ainsi qu'une lésion du sus- et

sous-épineux gauche. Ce médecin décrivait la persistance de douleurs ainsi qu'une limitation de la mobilité de l'épaule gauche. Dans un tel cadre, l'assuré était capable de travailler à 100% dès le 1^{er} juin 2016 dans une activité adaptée.

d) Le cas de l'assuré a été soumis au médecin d'arrondissement en vue d'un examen final. Dans son rapport du 18 août 2016, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu les éléments suivants :

Subjectivement, l'assuré se dit toujours dérangé par des douleurs variables de l'épaule D apparaissant lors d'efforts répétés mais également suivant la position la nuit.

Objectivement, on note une légère amyotrophie résiduelle du bras G malgré le relief augmenté du biceps après ténodèse. L'élévation au-dessus de 120° déclenche également des douleurs.

Sur le plan médical, la situation peut être à présent considérée comme stabilisée et ne nécessite, dans l'état, plus de traitement particulier.

Sur le plan professionnel, la mise en valeur d'une capacité dans une activité de maçon n'est plus exigible. En revanche, une pleine capacité peut être mise en valeur dans une activité adaptée n'exigeant pas de sollicitation du membre supérieur gauche (côté non dominant) au-dessus de l'horizontale ni le port répété de charges de plus de 15 kg.

Ce médecin a par ailleurs fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité (IPAI) de l'assuré à 10%. Le Dr T._____ retenait une évolution dans l'ensemble favorable avec toutefois la persistance d'une limitation séquellaire de la fonction utile de l'épaule gauche au-delà de 120° de l'horizontale. Afin de définir le taux de l'atteinte à l'intégrité, ce médecin s'est référé à la table 1 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon l'assurance-accident, retenant par analogie le taux attribué à une périarthrite scapulo-humérale de gravité moyenne.

e) Le 8 avril 2016, l'assuré s'est annoncé aux organes de l'assurance-chômage. Un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert du 8 avril 2016 au 7 avril 2018.

Entre le 1^{er} août 2016 et le 31 octobre 2016, l'assuré a effectué un stage en tant que chauffeur-livreur au sein de l'entreprise [...] Sàrl. Ce stage a abouti à un contrat de durée indéterminée, U. _____ ayant été engagé à 50% dès le 1^{er} novembre 2016.

L'assuré a été licencié pour le 31 mai 2018 pour des raisons économiques. Le 1^{er} juin 2018, il s'est annoncé aux organes de l'assurance-chômage en tant que demandeur d'emploi à 100%.

f) Le 3 juillet 2018, le Dr L. _____ a attesté d'un arrêt de travail à 50% du 13 février 2018 au 8 juillet 2018 en raison d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec un status post réparation du sous-scapulaire gauche et une ténodèse du LCB à gauche. Devant la persistance de la symptomatologie, ce médecin a proposé la réalisation d'une nouvelle IRM. Une prescription de physiothérapie a également été délivrée.

Le 5 juillet 2018, la Dre R. _____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA s'est prononcée sur le rapport médical précité et a nié toute aggravation objective de l'état de santé de l'assuré. Elle réfutait également tout lien de causalité entre l'incapacité de travail à 50% intervenue entre le mois de février et le mois de juillet 2018 et l'accident du 31 octobre 2013. Pour ce médecin, l'activité de chauffeur-livreur, sous réserve d'un descriptif précis du poste, ne constituait pas habituellement une activité parfaitement adaptée. La capacité de travail restait ainsi entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans l'examen final réalisé par le Dr T. _____ le 18 août 2016.

g) Par décision du 27 décembre 2018, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 15%, les investigations sur le plan médical et économique mettant effectivement en évidence une diminution de la capacité de gain au taux précité dès le 1^{er} mai 2017. Elle a estimé que, sur la base des constatations médicales, l'intéressé était à même d'exercer une activité n'exigeant pas de sollicitation du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale ni le port répété de charges de plus 15

kilos. La Caisse retenait, sur la base de DPT, que dite capacité de travail médicalement exigible lui permettait de travailler comme, par exemple, ouvrier en horlogerie, fabricant d'instruments de mesure, rectifieur, ouvrier de scierie ou comme collaborateur de production et ainsi obtenir un revenu résiduel moyen de 5'193 francs. Comparé au gain de 6'120 fr. que l'assuré obtiendrait sans l'accident en question, il en résultait une perte de 15%. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité a également été allouée en raison d'une atteinte évaluée à 10%.

Le 25 janvier 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de sa protection juridique, s'est opposé à la décision précitée.

Par rapport médical du 4 février 2019, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr F._____, médecin, ont constaté que l'élévation du bras gauche de l'assuré contre résistance était toujours douloureuse. Une capacité de travail résiduelle existait chez l'intéressé si aucune force n'était utilisée au niveau du bras gauche. Les Drs V._____ et F._____ ne pouvaient cependant pas se prononcer sur la capacité résiduelle de travail exacte de l'assuré, renvoyant à ce propos aux médecins de la CRR.

Le 22 mars 2019, par l'intermédiaire de son conseil, Me Flore Primault, U._____ a complété son opposition et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité supérieur à celui retenu ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 10%. Il contestait disposer d'une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée, se fondant notamment sur le rapport du Dr L._____ du 3 juillet 2018 et celui des Drs V._____ et F._____ du 4 février 2019. Concernant le calcul d'invalidité effectué par la CNA, l'intéressé soutenait qu'il aurait dû comporter un abattement d'au moins 25% sur son revenu d'invalidité. A ses yeux également, le taux d'indemnisation de son atteinte à l'intégrité apparaissait trop faible.

Par décision sur opposition du 13 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Les limitations fonctionnelles de l'assuré,

retenues à l'occasion du rapport du Dr T. _____ le 18 août 2016, étaient toujours d'actualité. La Caisse a également relevé d'une part que les douleurs relatées par l'assuré avaient une composante subjective et, d'autre part, que les amplitudes articulaires constatées par le Dr L. _____ dans son rapport du 3 juillet 2018 étaient supérieures à celles de l'examen réalisé par leur médecin d'arrondissement. Concernant le calcul de l'invalidité, ce dernier s'avérait correct. En effet, dans la mesure où ce revenu était calculé sur la base de descriptions de poste de travail, les postes référencés tenaient pleinement compte des limitations fonctionnelles, un abattement supplémentaire n'était ainsi pas justifié. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le rapport du Dr T. _____ s'avérait probant.

B. **a)** Par acte du 12 juillet 2019, U. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation ainsi qu'à l'octroi de prestations de l'assurance-accident pour un taux d'invalidité supérieur au taux de 15% retenu ainsi qu'à une IPAI supérieure à 10%. Il soutenait que sa réelle capacité de travail se limitait à 50%, vu son expérience au sein de l'entreprise [...] Sàrl et le rapport médical établi par le Dr L. _____. Par ailleurs, les descriptions de postes de travail (DPT) retenues dans le cadre du calcul de l'invalidité n'étaient pas adéquates. Concernant finalement l'IPAI, l'assuré estimait que l'on ne pouvait se fonder sur l'avis du Dr T. _____, ce dernier datant de 2016 et était ainsi dépassé.

b) Dans son mémoire de réponse du 31 juillet 2019, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle rappelait que l'assuré a été licencié pour des raisons économiques et non pas en raison de ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, l'activité de chauffeur-livreur n'était pas parfaitement adaptée aux capacités résiduelles de l'assuré. La CNA retenait que l'avis de la Dre R. _____ était probant et que, concernant le calcul du taux d'invalidité, les DPT choisies respectaient parfaitement les limitations fonctionnelles de l'assuré. Finalement, l'appréciation

concernant l'atteinte à l'intégrité réalisée par le Dr T._____ gardait toute sa validité.

c) Par réplique du 30 septembre 2019, l'assuré a réitéré ses arguments concernant sa capacité de travail et indiquait être suivi par le Dr B._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a attesté d'une capacité de travail limitée à 50% entre le 28 août 2019 et le 12 février 2020 en raison des troubles à l'épaule gauche. Les avis des Drs T._____ et R._____ ne pouvaient ainsi se voir reconnaître une quelconque valeur probante, ces derniers étant remis en question par des avis médicaux plus récents et plus complets. Le recourant a également renouvelé ses critiques formulées tant envers le calcul d'invalidité opéré que concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

d) A l'occasion de sa duplique du 23 janvier 2020, la CNA a indiqué avoir interpellé sa division médicale. La Caisse a ainsi produit une appréciation chirurgicale du 22 janvier 2020 établie par la Dre J._____, spécialiste en chirurgie générale traumatologique, dont un extrait de l'appréciation se présente comme suit :

Début 2018, il est rapporté de nouvelles consultations médicales et réalisation d'une IRM de l'épaule gauche chez Monsieur U._____.

Sur le plan clinique, en comparant les constatations :

- lors de l'examen médical final en août 2016 - abduction de la flexion active : 120° à gauche en raison de l'apparition de douleurs ; abduction 170° et flexion 140° à droite ; en passif : abduction de 170° à gauche avec douleurs ;
- lors de la consultation du 3 juillet 2018 - à gauche, abduction à 130° (160° en passif), flexion à 110° (170° en passif), rotation externe symétrique à 70° et rotation interne au niveau de T10 à droite, L5 à gauche. Coiffe : au testing de la coiffe, test de Jobe mais douloureux. Rotations internes et externes contre résistance tenues mais douloureuses. Belly-press et Lift-off douloureux. Test de Patte négatif mais douloureux.

Nous pouvons retenir que les amplitudes articulaires sont pratiquement similaires, mais qu'il semble qu'en juillet 2018, les douleurs sont plus présentes.

Pourtant Monsieur U._____ atteste ne plus prendre d'antalgique fixe, mais seulement en réserve et uniquement du Dafalgan®, antalgique mineur.

Il est intéressant de remarquer que lors de l'examen clinique par les mêmes intervenants au [...] en date du 3 avril 2018, les constatations diffèrent également - à gauche, abduction à 130° (160° en passif), flexion à 140° (170° en passif), rotation externe symétrique à 70° et rotation interne au niveau T10 à droite, L3-L4 à gauche. Au testing de la coiffe, long chef du biceps, acromio-claviculaire et sous acromial superposable - ceci confirme que les constatations cliniques sont toujours difficiles à interpréter surtout quand la différence est minime comme c'est le cas chez Monsieur U._____. Elles dépendent de la forme du jour de l'examiné, le désir, toujours de l'examiné, de donner son maximum, du moment dans la journée et nous en passons. L'être humain n'est pas une machine.

Du point de vue de l'imagerie - IRM, nous n'avons malheureusement pas l'imagerie de 2015 à disposition, mais seulement la description du radiologue, qui est la suivante : « Pas de lésion ostéolytique ni ostéochondrosante ; pas d'ostéophytose ; acromion plat type Bigliani I ; le tendon du sous-scapulaire présente un aspect remanié, tuméfié à son insertion trochinienne, parcouru de fines opacifications linéaires de contraste, mais sans signe de déchirure transfixiante ; le long chef du biceps n'est plus reconnaissable (status après ténodèse ?) ; aspect physiologique des tendons du sus-épineux, du sous-épineux et du petit rond, sans déchirure tendineuse ni atrophie musculaire ».

Lors de l'imagerie de 2018 - IRM, le radiologue visualise « Le tendon sous-scapulaire est d'aspect épaissi lié à la rotation neutre de l'épaule, sans signe de re-déchirure, d'aspect intact ; [...] ; hypersignal non liquidien en T2 linéaire dans le tendon supra-épineux qui est d'aspect épaissi, correspondant à une tendinose fissuraire, sans déchirure transfixiante ; tendon infra-épineux de morphologie normale ; [...] ; pas d'anomalie de trophicité ou d'infiltration graisseuse des muscles de la coiffe des rotateurs ». Cette imagerie étant à disposition nous confirmons cette description.

Nous reconnaissons aucune péjoration, ni du point de vue clinique, ni du point de vue de l'imagerie. Il y a une légère accentuation des douleurs, qui sont vraisemblablement à mettre sur le compte de l'activité professionnelle de chauffeur-livreur qui n'est pas si adaptée que cela, ne respectant pas vraiment « éviter le port de charge répété de plus de 15 kg ».

Le Docteur B._____ dans son rapport médical du 4 septembre 2019 ne nous renseigne pas vraiment sur l'état clinique de l'épaule gauche chez Monsieur U._____.

En revanche, sur l'imagerie il atteste d'une « Amyotrophie importante du muscle sous-scapulaire avec une infiltration graisseuse avancée grade II à III », ce qui ni le radiologue, ni nous-mêmes n'objectivons.

Il rapporte également que ce tendon du muscle subscapulaire est irréparable, mais nous l'avons visualisé remanié, mais pas rupturé, donc nous peinons à comprendre le bien-fondé d'une réparation chirurgicale.

Nous rejoignons le Dr B. _____ que l'implantation d'une prothèse inversée n'est pas de mise, comme toute autre intervention chirurgicale.

En considérant, nous rejoignons la Dre R. _____ quand elle certifie qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de l'épaule gauche chez M. U. _____ et qu'une activité professionnelle adaptée reste exigible à 100% en respectant les limitations fonctionnelles préconisées, dont éviter le port de charges répété de plus de 15 kg en fait partie.

Le rapport médical du Dr B. _____ n'apporte aucun argument nous permettant de nous écarter des conclusions précitées.

Conclusions

Le rapport médical du Dr B. _____ n'apporte aucun argument nous permettant de nous écarter des conclusions de la Dre R. _____.

Nous nous rallions à l'avis de la Dre R. _____ qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de l'épaule gauche chez Monsieur U. _____.

Les constatations cliniques de 2016 et 2018 sont pratiquement superposables.

L'imagerie ne met en évidence ni une re-rupture du tendon du muscle subscapulaire, ni la présence d'infiltration graisseuse.

Ainsi, au vu des conclusions de sa division médicale, la CNA a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours.

e) A l'occasion de déterminations supplémentaires déposées le 12 mars 2020, l'assuré a soutenu la nécessité de la mise en place d'une expertise, vu la multiplicité des avis médicaux contradictoires.

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

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à

ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2). Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

4. 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) Dans le cas d'espèce, le recourant ne bénéficie d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

b) En l'espèce, la capacité de travail dans une activité adaptée a été fixée une première fois après un séjour à la Clinique romande de réadaptation, à l'occasion d'un rapport médical du 20 mai 2015 établi par les Drs N._____ et G._____. Ces médecins ont retenu des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule gauche ainsi qu'une rupture itérative du sous-scapulaire gauche à la jonction myo-tendineuse (arthro-CT scan du 09.02.2015), une arthroscopie de l'épaule gauche le 20 janvier 2014 avec suture du tendon sous-scapulaire, ténodèse du long chef du biceps et mobilisation sous anesthésie pour une capsulite rétractile, une chute sur l'épaule gauche le 31 octobre 2013 avec rupture complète transfixiante du tendon sous-scapulaire avec subluxation antérieure du long chef du biceps, lésion fissuraire entre les sus- et sous-épineux, lésion partielle du pilier antérieur du sus-épineux (arthro-IRM du 20.11.2013), une arthrodèse de l'IPP du pouce droit en 2004, des troubles cognitifs légers de type MCI multi-domaine non-évolutifs et des lombalgies récurrentes. Ses limitations fonctionnelles consistaient en l'impossibilité d'exercer des activités nécessitant le maintien des membres supérieurs au-delà du plan des épaules ainsi que le port répété de charges supérieures à 10-15 kilos. Les Drs N._____ et G._____ ont estimé que l'assuré était totalement incapable de travailler dans une activité de maçon, l'intéressé conservant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 6 mai 2015. Cette position a été confirmée respectivement par le Dr T._____ à l'occasion de l'examen final réalisé le 18 août 2016, par la Dre R._____ le 5 juillet 2018 et finalement par la Dre J._____, dans son appréciation du 22 janvier 2020.

c) En l'occurrence, les conclusions du rapport d'évaluation réalisé par les médecins de la CRR peuvent être suivies. En effet, il aborde de manière circonstanciée les différents points litigieux du cas d'espèce et se fonde sur un examen complet de la situation médicale du recourant, prenant notamment en compte les plaintes de l'intéressé concernant les douleurs ressenties au niveau du membre supérieur gauche. Le recourant s'est soumis à une évaluation de ses capacités fonctionnelles. Le score réalisé, soit de 100 points, traduit l'appréciation de l'intéressé de pouvoir réaliser des activités un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Des tests de charges ont également été effectués afin de déterminer avec précision l'étendue des limitations fonctionnelles du recourant. Les conclusions qui en résultent sont claires, détaillées et emportent conviction. Ainsi, et dans la mesure où l'atteinte à l'épaule gauche de l'assuré n'est pas son épaule dominante, une capacité de travail entière dans une activité adaptée apparaît pleinement envisageable. Par ailleurs, l'examen final réalisé par le Dr T. _____ apparaît également convaincant, dans la mesure où il se fonde sur l'entier du dossier, prend en compte les plaintes de l'assuré et protège de manière chiffrée les capacités résiduelles de l'épaule gauche du recourant.

d) Contrairement à ce que soutient le recourant et quand bien même le rapport des médecins de la CRR date effectivement de 2015, les éléments développés par les Drs L. _____, V. _____ et B. _____ ne sauraient remettre en doute les conclusions des médecins de la CRR, respectivement laissant entrevoir une évolution significative de l'état de santé de l'assuré.

aa) Le Dr L. _____, dans son rapport du 3 juillet 2018, admet un arrêt de travail de 50% sur 100% sur la base des plaintes du recourant. On ne distingue cependant pas les implications concrètes de la symptomatologie douloureuse sur la capacité de travail de l'intéressé, le Dr L. _____ n'indiquant pas de nouvelles limitations fonctionnelles. Ce rapport est également valablement remis en cause par la Dre R. _____ (rapport du 5 juillet 2018), cette dernière remarquant à juste titre que les amplitudes articulaires en flexion et abduction étaient meilleures que lors

de l'examen final réalisé par le Dr T._____, laissant ainsi entrevoir une aggravation uniquement subjective et non objective de la situation médicale.

bb) Le rapport du 4 février 2019 établi par les Drs V._____ et F._____, rédigé succinctement, ne saurait suffire afin de retenir un changement substantiel de la situation de l'assuré, se contentant de relater la persistance de la symptomatologie douloureuse à l'épaule gauche, problématique préalablement maintes fois documentée. On remarque également que ces médecins s'abstiennent de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et confirment au surplus les limitations fonctionnelles à l'épaule gauche.

cc) Quant au rapport établi par le Dr B._____, dans la mesure où ce dernier atteste d'une incapacité de travail postérieure à la décision litigieuse et ne précise pas quelles seraient les limitations qui auraient empêché le recourant de travailler à plus de 50%, il ne saurait se voir accorder une quelconque valeur probante.

dd) Les positions des Drs V._____, F._____ et B._____ sont en outre valablement mises en cause par les constatations de la Dre J._____, dans son appréciation du 22 janvier 2020. En effet, elle procède à la comparaison des constatations cliniques effectuées par les médecins du [...] pour conclure en l'absence d'aggravation objective, relevant pertinemment la difficulté de conclure à une telle aggravation dans le cadre de modifications légères des constatations cliniques. Après un examen circonstancié, la Dre J._____ expose avec soin les raisons pour lesquelles elle s'écarte des conclusions du Dr B._____, notamment sur le plan diagnostique.

ee) Au surplus, on constate que les conclusions des Drs N._____ et G._____ s'inscrivent dans la continuité des constatations du Dr K._____. Ainsi, la situation médicale apparaît comme claire depuis le début de l'instruction, aucun élément ne laissant présumer une

péjoration significative de l'état de santé de l'assuré. Les conclusions des médecins de la CRR conservent ainsi toute leur pertinence.

e) Le recourant soutient ensuite que la résiliation de son contrat de travail auprès de [...] Sàrl était motivé par les limitations fonctionnelles présentées à l'épaule gauche.

En l'espèce, l'employeur a indiqué le motif de la résiliation, soit des raisons économiques liées à la perte d'une tournée journalière et, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a aucune raison d'en douter. Concernant le taux d'activité, le recourant a été engagé à 50%, non pas en raison d'une capacité de travail limitée, mais bel et bien parce que le poste en question était proposé à taux partiel. Concernant l'incapacité de travail de 50% intervenue pendant les derniers mois de son engagement, l'intimée relève à juste titre que l'activité de chauffeur-livreur n'était pas parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, dans la mesure où cette activité comprend le port de charge relativement important, comme le relève les Dres R. _____ (appréciation du 5 juillet 2018) et J. _____ (appréciation chirurgicale du 22 janvier 2020).

Ainsi, les arguments du recourant ayant trait à son licenciement, respectivement à son engagement à 50% chez [...] Sàrl, peuvent raisonnablement être écartés.

f) Sur le vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à retenir, sur la base des constatations des médecins de la CRR et de ses médecins d'arrondissement, une incapacité de travail totale du recourant dans son activité habituelle, ce dernier continuant à disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

6. Le recourant conteste le degré d'invalidité retenu par l'intimée.

a) Afin d'évaluer le taux d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA, et ainsi le montant de la rente, 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).

b) 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). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

c) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

En l'occurrence, le revenu sans invalidité a été fixé par l'intimée à 73'443 fr., évalué à partir des données fournies par l'employeur (cf. document 191 au dossier). Dans la mesure où il n'y a aucune raison de douter des informations transmises par l'ancien employeur du recourant, ce montant peut être confirmé.

d) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement

exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'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). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2).

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 ; TF 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). De jurisprudence constante, dans le cadre de la méthode des DPT, aucune réduction liée à la situation personnelle et professionnelle (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/permis de séjour et taux d'occupation, qui permettent un taux d'abattement global de 25 % au maximum sur le revenu statistique, TF 8C_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.2) n'est possible, contrairement

à ce qui est admis dans la méthode fondée sur l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). En effet, dans le cadre de la méthode des DPT, les différents éléments précités doivent être pris en compte dans le cadre du choix du salaire de référence entre le revenu minimum et le revenu maximum mentionnés dans les DPT retenues (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

En l'espèce, l'intimée a ainsi isolé cinq DPT, soit des postes d'ouvrier en horlogerie, de rectifieur, d'ouvrier en scierie, de fabricant d'instrument sur mesure et de collaborateur de précision. Les postes retenus apparaissent comme adaptés aux limitations fonctionnelles du recourant, dans la mesure où ils n'impliquent aucun port de charge supérieur à cinq kilos, ni le travail en dessus des épaules. En effet, la description précise des postes retenus indique uniquement le port de charge très légère (jusqu'à 5 kilos), effectivement bien inférieure à la limite de poids de 15 kilos fixée par le Dr T._____, avant lui par les Drs N._____ et G._____. Elle indique également que les positions de travail peuvent se faire en rotation, en position assise et penchée ainsi qu'en position debout et penchée mais aucunement en position au-dessus des épaules, dans la mesure où les postes décrits n'impliquent pas de travail au-dessus de la tête. Les postes retenus respectent ainsi les limitations fonctionnelles du recourant. La moyenne des salaires minimaux et maximaux de chaque groupe de référence a par ailleurs été correctement effectuée, mettant en évidence un salaire moyen de 62'310 fr.

Concernant le grief formulé par le recourant ayant trait à l'absence d'abattement supplémentaire au vu de ses circonstances personnelles, de ses limitations fonctionnelles et de son changement d'activité, il ne saurait être suivi. En effet, conformément à la jurisprudence constante, aucun abattement supplémentaire ne saurait être retenu dans le cadre du recours aux DPT afin de définir le salaire d'invalidé, ces éléments devant être pris en compte dans le cadre du choix du salaire de référence (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

e) La comparaison entre le revenu sans invalidité de 73'443 fr. et le revenu d'invalidité de 62'310 fr. laisse apparaître un préjudice économique de 11'133 fr., et met effectivement en lumière un degré d'invalidité de 15,16%. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a octroyé au recourant une rente d'invalidité conforme à ce taux.

7. 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.

b) 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). 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].

c) En l'espèce, le Dr T._____ a considéré que l'évolution de l'état de l'épaule gauche du recourant était dans l'ensemble favorable avec la persistance d'une limitation séquellaire de la fonction utile de l'épaule gauche au-delà de 120° de l'horizontale. Afin de définir le taux de l'atteinte à l'intégrité, ce médecin s'est correctement référé à la table 1 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon l'assurance-accident. Contrairement à la position du recourant, l'évaluation du Dr T._____ apparaît comme convaincante et repose sur un avis médical

succinct certes, mais motivé à satisfaction. Elle peut ainsi être suivie. L'application par analogie au taux attribué à une périarthrite scapulo-humérale de gravité moyenne apparaît également appropriée. On rappellera en outre, à l'instar de l'intimée, que le recourant demeure capable de mouvoir son épaule bien au-delà de l'horizontale, comme constaté par le médecin précité. Ainsi, une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 10% n'est pas justifiée.

8. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

9. a) Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours 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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 13 juin 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais 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 :

- Me Primault, pour le recourant,
- la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- l'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 :